

Contribution à l'étude
de
l'épithélioma du jéjunum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Novembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maud FLOTARD

Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômée d'Hygiène et de Microbiologie

Née le 16 Juillet 1907, à VIENNE (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉPITHÉLIOMA DU JÉJUNUM

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940 — N° 50

Contribution à l'étude de l'épithélioma du jéjunum

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Novembre 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maud FLOTARD

Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômée d'Hygiène et de Microbiologie

Née le 16 Juillet 1907, à VIENNE (Isère)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales.....	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	COURMONT.
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique.....	CORDIER.
Chirurgie opératoire.....	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J.-F. MARTIN.
Médecine légale.....	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	MAZEL.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEFUIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

AGREGES

MM.	MM	MM.	MM
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CLAVEL	FROMENT (R.).
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAT	MARTIN (P.-E.).
REVOL	CROIZAT	BANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	ROMAN	PIFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

BIBLIOTHEQUE
R. UNIV.
LEIDEN

MM. CHALIER, président, SÉDALLIAN, assesseur ;
MORIN

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Mort au Champ d'Honneur.

A MA MERF

A MES GRAND'MERES

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CHALIER

Professeur de Clinique des maladies infectieuses

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant le sujet de ce travail. Nous sommes heureuse de pouvoir lui dire ici combien nous aimons l'atmosphère de simplicité et de cordialité qui règne dans son service et à quel point nous sommes sensible à la bienveillance qu'il nous témoigne.

C'est une grande joie pour nous d'être de ses élèves et de profiter jour après jour de son érudition, de son sens clinique si avisé et de son expérience inégalable dans l'étude difficile des maladies contagieuses.

Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre profond et respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MALLET-GUY
Chirurgien des Hôpitaux

Le sujet de notre travail l'avait vivement intéressé et il ne nous avait pas ménagé ses directives et ses encouragements qui nous furent infiniment précieux. La guerre l'ayant appelé loin de Lyon, nous avons terminé sans lui une thèse qui se ressent de son absence, mais qui s'est efforcée de rester dans l'orientation qu'il voulait lui donner.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre reconnaissance bien sincère.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEDALLIAN

Médecin des Hôpitaux

Pendant toutes nos études médicales, il a toujours été à notre égard d'une bonté et d'une indulgence que nous n'oublierons jamais. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre jury et le prions de croire à notre vive reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORIN

Nous n'avons pas eu l'occasion d'être de ses élèves, mais nous avons néanmoins pu bénéficier de ses compétences et de son enseignement de façon malheureusement trop brève à la Clinique médicale infantile.

Avec une très grande amabilité il a bien voulu accepter de juger notre thèse, nous le prions de trouver ici l'assurance de notre entière gratitude.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND
Professeur de Clinique médicale infantile

Le semestre pendant lequel nous avons eu l'honneur d'être son interne à la Clinique médicale infantile nous laisse un souvenir incomparable. Auprès de lui nous avons vu s'éclairer, grâce à son enseignement si vivant et à sa culture universelle, plus d'une question obscure de la pédiatrie.

Sa bonté à notre égard dépasse depuis longtemps les cadres universitaires et hospitaliers, ce n'est donc que d'une façon bien imparfaite et beaucoup trop brève que nous pouvons lui redire ici notre profonde reconnaissance et notre respectueuse admiration.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BERTOYE
Médecin des Hôpitaux

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère si familiale, la cordialité et l'entrain qui caractérisaient son service au Perron.

Avec une complaisance inlassable il a bien voulu pendant tout un semestre nous faire part de son expérience et de sa compétence sur toutes les questions qui nous intéressaient. Nous sommes heureuse de trouver ici l'occasion de lui exprimer notre vive gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR NOVE-JOSSERAND
Médecin des Hôpitaux

C'est un semestre fort agréable que nous avons passé dans son service, et nous gardons le meilleur souvenir de l'accueil si amical que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BONNET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

Internat.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BERTOYE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. GOYET.

MONSIEUR LE DOCTEUR NOVE-JOSSERAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPITHÉLIOMA DU JÉJUNUM

INTRODUCTION

L'épithélioma de l'intestin grêle, et celui du jéjunum en particulier, représente une affection qui ne se rencontre guère dans la pratique chirurgicale courante.

Au mois de juin 1939, entrant dans le service de notre maître, le Professeur Chalié, un malade porteur d'un épithélioma du jéjunum, qui fut opéré par le Docteur Mallet-Guy.

Nous sachant à la recherche d'un sujet de thèse, le Professeur Chalié voulut bien nous confier cette observation, et nous conseillait de faire une revue générale de la question en étudiant les observations et les travaux parus récemment sur cette localisation rare de l'épithélioma.

Le Docteur Mallet-Guy s'était vivement intéressé à nos recherches bibliographiques et nous avait promis son concours pour la rédaction de notre thèse.

Les événements devaient en décider autrement ; la mobilisation générale ayant éloigné de Lyon le Docteur Mallet-Guy, nous avons été obligée de terminer sans lui ce travail, en suivant autant que pos-

sible les directives qu'il avait pu nous donner avant son départ.

Nous nous excusons donc de ce que cette thèse peut avoir d'incomplet. Nous avons essayé de suppléer à notre incompetence en matière chirurgicale en ne rapportant que des opinions d'auteurs dont l'autorité est généralement indiscutée.

Par ailleurs, la liaison défectueuse entre l'hôpital et le laboratoire, créée par la période troublée que nous traversons, nous a privés de l'examen histologique d'un prélèvement tumoral qui s'est malheureusement égaré. Néanmoins l'opinion du Docteur Mallet-Guy restant formelle quant au diagnostic d'épithélioma, nous joignons cette observation à quelques autres qui nous ont paru devoir retenir l'intérêt des cliniciens et des opérateurs.

Nous voulons enfin remercier le Professeur Chalié qui a bien voulu nous confier cette observation et nous guider dans le choix de cette thèse.

Notre reconnaissance s'adresse aussi au Docteur Boudènes à qui nous devons les belles radiographies qui accompagnent l'histoire de notre malade.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUES

L'épithélioma de l'intestin grêle est une affection rare.

Les publications anciennes, antérieures à 1880, ne font guère de distinction entre carcinome et sarcome.

En 1904, la thèse de Lecène, premier travail important sur les tumeurs malignes du grêle, a traité surtout aux sarcomes et ne relate que dix observations d'épithéliomas, avec un bref chapitre anatomo-clinique.

En 1906, deux auteurs allemands, Schlieps et Kanzler, publient une revue d'ensemble sur le carcinome du jéjuno-iléon.

Si l'on examine les statistiques ayant trait aux néoplasies intestinales, on constate qu'il en est assez peu qui précisent si leurs auteurs ont envisagé les épithéliomas seuls, ou les tumeurs malignes en général.

Parmi un assez grand nombre de statistiques, on peut retenir tout d'abord celles qui envisagent la place occupée par le carcinome de l'intestin grêle par rapport à la totalité du tractus gastro-intestinal.

On trouve tout d'abord celle de Zeeman qui, sur 21.624 autopsies, a trouvé :

1.744 carcinomes du tractus gastro-intestinal, dont
165 carcinomes de l'intestin.

Dans ces derniers, 6 siégeaient sur l'iléon, aucun sur le jéjunum.

Fr. Muller, à l'Institut Pathologique de Bâle, de 1847 à 1904, étudiant le protocole de :

11.314 autopsies, trouve 909 carcinomes, dont
103 carcinomes intestinaux avec 2 localisations sur l'iléon, aucune sur le jéjunum.

Craig, en 1923, sur 4.584 carcinomes, en signale 35 sur l'intestin grêle.

Raiford, en 1931, au Département chirurgical de l'Hôpital John Hopkins, sur :

11.500 autopsies et 4.500 interventions chirurgicales, trouve :

776 carcinomes du tractus gastro-intestinal, dont :

38 sur l'intestin grêle, soit 4,9 %.

Enfin une statistique très importante, faite à la clinique Mayo, établit que sur :

8.987 épithéliomas du tube digestif,

55 siégeaient sur le grêle, soit 0,6 %.

Le pourcentage des auteurs américains est donc particulièrement faible.

Par ailleurs, si nous envisageons les statistiques qui ne portent que sur les cancers intestinaux, l'atteinte du grêle apparaît infiniment moins fréquente que celle du gros intestin.

Hinz, sur :

584 carcinomes intestinaux, signale :

18 cas siégeant sur l'intestin grêle.

Pour Ewing, 3 % des carcinomes intestinaux surviennent sur le jéjunum ou l'iléon. Okinczyc donne la même proportion.

Staemmler (1924) passant en revue 2.083 cas de carcinomes intestinaux, établit que la localisation sur le grêle survient dans 6,22 % des cas.

Denks, en 1927, à l'hôpital Neukollner, sur :

185 carcinomes de l'intestin, en trouve :

171 sur le gros intestin ;

11 sur le duodénum ;

8 sur l'iléon, aucun sur le jéjunum.

Enfin, dans la statistique précédemment citée de Rankin et Mayo, on trouve :

4.597 cas de carcinomes du gros intestin et du rectum pour

55 carcinomes du grêle.

Si l'on cherche à se faire une opinion sur la localisation la plus fréquente de ces épithéliomas de l'intestin grêle, notamment en ce qui concerne le jéjunum, on trouve des estimations très différentes, suivant les auteurs.

Lecène, dans sa thèse, ne cite que 2 observations d'épithéliomas du jéjunum.

Hochenegg, sur 284 carcinomes du canal intestinal, n'en trouve pas un sur le jéjunum.

Il en est de même dans plusieurs statistiques mentionnées ci-dessus.

Cependant, en 1913, Venot et Parcelier publient 22 cas d'épithéliomas du jéjunum.

Dans la revue de d'Allaines, en 1929, sur 40 observations de carcinomes, la tumeur siégeait :

14 fois sur l'origine du jéjunum ;

23 fois sur l'iléon ;

3 fois à la partie moyenne de l'intestin grêle.

Pour Casini, le carcinome de l'intestin grêle apparaît par ordre de fréquence décroissante : dans le 1/3 inférieur, le 1/3 moyen et enfin le 1/3 supérieur de l'intestin grêle.

Raiford, en 1931, déclare que la localisation la plus fréquente est l'iléon terminal, le jéjunum représentant la localisation la plus rare. Par contre, les statistiques de Mayo et Rankin, en 1930, signalent 21 localisations jéjunales contre 14 localisations sur l'iléon ; et Nettrour écrit en 1936 : « Le cancer de l'intestin grêle se localise plus souvent sur le jéjunum », ce qui paraît évidemment confirmé par les statistiques américaines, mais en opposition formelle avec les statistiques françaises et allemandes.

On peut donc dire que, tant en nombre absolu, que par rapport aux épithéliomas de l'intestin grêle en général, l'épithélioma du jéjunum est une affection rare.

Néanmoins, nos recherches bibliographiques nous ont permis de constater que le nombre des cas publiés chaque année augmente notablement depuis 1930. Nous avons trouvé 55 cas d'épithéliomas du jéjunum, publiés depuis les travaux de d'Allaines et de Staemmler, c'est-à-dire de 1930 à 1938. Ces cas ont tous été l'objet d'une intervention chirurgicale.

Les interventions, plus fréquentes que jadis grâce à des diagnostics plus précoces et plus précis, expli-

quent sans doute ce nombre grandissant de publications.

Par ailleurs, il faut reconnaître que l'opinion de Brun sur les tumeurs malignes de l'intestin grêle, est sans doute tout aussi exacte pour le cas particulier du jéjunum :

« Ce fait que macroscopiquement les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle ont toutes les apparences d'une tuberculose, permet de supposer qu'elles ne sont peut-être pas si rares qu'on le dit, beaucoup d'entre elles ayant dû passer inaperçues parce qu'étiquetées tuberculoses et n'ayant donné lieu à aucun examen histologique, le chirurgien s'étant borné à refermer le ventre après constatation sommaire des lésions. Enfin beaucoup de malades ont dû mourir de complications (occlusion ou péritonite par perforation), sans que la cause exacte de ces complications ait été déterminée. »

AGE DES MALADES. — Dans les observations que nous avons pu consulter, l'âge des sujets allait de 30 à 70 ans, donnant un âge moyen de 50 ans. Il semble donc que le néoplasme de l'intestin grêle survienne en moyenne à un âge un peu moins avancé que celui trouvé pour les autres localisations du tube digestif. Pour Staemmler 30 % des malades auraient moins de 40 ans.

Badile, publiant en 1926 l'observation d'un enfant de 13 ans, remarque que le carcinome du grêle est exceptionnel dans l'enfance. Il n'a trouvé dans la littérature que les cas de :

Spanton : enfant de 12 ans, et de

Duncan : enfant de 3 ans.

Staemmler rapporte 4 cas survenus chez des malades ayant moins de 20 ans.

SEXE. — Tous les auteurs sont d'accord pour signaler une prédominance très nette de l'affection chez l'homme.

Suivant les statistiques, le pourcentage des observations du sexe masculin varie de 50 à 70 %.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Sur les causes qui pourraient être retenues pour expliquer la localisation si rare de l'épithélioma sur l'intestin grêle en général et sur le jéjunum en particulier, de nombreuses théories ont été soutenues, sans preuves bien définies d'ailleurs, et basées bien souvent sur l'observation de quelques cas particuliers.

On a insisté sur l'absence, au niveau du jéjunum-iléon, des causes prédisposantes habituellement admises pour les néoplasmes.

En effet, on peut observer que les cancers épithéliaux siègent le plus souvent aux points où le tube digestif présente des changements de calibre (cardia, pylore, valvule de Bauhin); ou dans les régions où le revêtement épithélial change de type (ampoule de Vater, zone ano-rectale); aux points enfin où le contenu intestinal reste en stagnation (cæcum, anse sigmoïde), créant ainsi un facteur permanent d'irritation.

Or, de l'angle duodéno-jéjunal à la valvule iléo-cæcale, le calibre intestinal est sensiblement uniforme, avec un même revêtement épithélial, et enfin

le contenu intestinal ne stagne jamais très longtemps à ce niveau.

Wolfsohn remarque qu'aux autopsies on est toujours frappé de voir une tumeur carcinomateuse de l'estomac, largement étendue, s'arrêter brusquement au pylore, comme si la muqueuse intestinale formait un autre terrain sur lequel le tissu carcinomateux se développe mal.

Les hypothèses faites sur l'étiologie de ces néoplasmes ne sont pas moins variées :

Bland-Sutton et Hernandez suggèrent que le cancer de l'intestin grêle pourrait se greffer sur des fragments de tissu pancréatique aberrant comme on en trouve parfois dans l'estomac ou le duodénum. Mais ils n'apportent pas de preuves bien concluantes pour étayer cette hypothèse, et ces îlots aberrants sont si rares que leur transformation néoplasique ne présente pratiquement pas un gros intérêt.

La transformation maligne des polypes intestinaux trouve de plus nombreux défenseurs surtout dans les travaux américains récents.

Ménétrier, dans « Le cancer de l'intestin » (Brouardel et Gilbert), écrit : « Dans le jéjunum et l'iléon c'est surtout la polypose intestinale qui est signalée comme lésion antécédente du plus grand nombre des cancers. Les cancers de cette région dérivent habituellement de l'évolution néoplasique de polyadénomes et traduisent cette origine par la forme polypeuse qu'ils conservent dans leur développement ». Il cite à ce propos une observation publiée par lui en 1896 sur un cas de cancer de l'intestin à forme

atypique avec envahissement des ganglions mésentériques avoisinants. L'autopsie montra que le malade présentait par ailleurs des polyadénomes gastriques non cancéreux.

De même on trouve dans une observation de Thorrel (in Venot et Parcelier) le cas d'un malade opéré pour un adéno-carcinome du grêle et à l'autopsie duquel on découvrit, dans l'intestin grêle, au-dessus du cancer, vingt polypes non dégénérés.

Kummer attribue également une certaine importance à l'existence antérieure de polypes ou d'adénomes.

Lockhart et Meisnery vont même jusqu'à prévoir la dégénérescence maligne de tous les polypes adénomateux de l'intestin.

On trouve des études et des descriptions de ces formes polypeuses d'épithéliomas dans des articles de Judd, Wood et Penne, Johnson et Schlieps.

Nous rapportons également un cas de polype avec dégénérescence carcinomateuse (voir obs. XIV : Mallerich).

Il semble que cette théorie ne pourrait s'appliquer qu'à des cas bien particuliers ; en effet, l'étude des observations de néoplasmes du grêle montre qu'ils affectent, dans la grande majorité des cas, l'aspect d'une petite tumeur en virole sténosante qui ne paraît guère dériver morphologiquement d'un polype.

Par ailleurs, Raiford fait remarquer que la présence de cellules à aspect néoplasique dans une zone d'hypertrophie adénomateuse, n'est pas suffisante pour affirmer la dégénérescence maligne. Il faut exi-

ger au moins deux critères : la présence d'éléments indiscutablement néoplasiques, grosses cellules irrégulières avec mitoses, et l'envahissement de la membrane basale. La présence de métastases dans les cas avancés rendant évidemment le diagnostic certain.

Peut-on parfois invoquer la présence d'ulcérations intestinales antérieures ?

Pour Judd, le néoplasme se grefferait très rarement sur un ulcère.

Cependant Aubert (observ. VIII), à propos d'un cas d'épithélioma du jéjunum, se demande si, en raison de la longueur de la période prodromique avec troubles douloureux intenses du type ulcéreux, il ne serait pas logique de penser que le néoplasme a pris naissance sur une localisation inflammatoire ou ulcéreuse.

Nous retrouvons dans notre observation personnelle et dans celle du malade de Jean, une histoire de dysenterie contractée en Orient : l'inflammation de la muqueuse intestinale a-t-elle joué un rôle dans la production de la néoplasie ? C'est peu probable, car les lésions dysentériques siègent surtout sur le gros intestin ; il n'est d'ailleurs pas possible de tirer des conclusions de deux observations.

Il en est de même pour quelques cas de fièvre typhoïde trouvés à quatre ou cinq reprises dans les antécédents des malades (Bassler et Grant). Les ulcérations des typhiques siègent le plus souvent sur la partie terminale de l'iléon et ne peuvent guère être retenues pour l'étiologie d'un néoplasme jéjunal.

Dans une observation de Lubarsch, le malade pré-

sentait un adénocarcinome du grêle coexistant avec une ulcération tuberculeuse.

Badile, après une première intervention pour sténose du grêle au niveau d'une ancienne ulcération tuberculeuse, trouve deux ans plus tard, au même endroit, un épithélioma.

Riedel présente une observation de carcinome greffé sur une cicatrice ancienne d'actinomyose et pose la question du rôle possible de cette dernière affection dans l'apparition du néoplasme.

Il s'agit en somme de cas qui restent isolés et ne permettent aucune déduction précise.

On peut donc conclure que, comme pour les autres localisations sur le tube digestif, l'étiologie de l'épithélioma de l'intestin grêle demeure incertaine, les diverses théories proposées à son sujet demeurant du domaine de l'hypothèse et ne s'appuyant le plus souvent que sur des cas particuliers.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

FORME COMMUNE

A l'ouverture de l'abdomen l'épithélioma du grêle est le plus souvent caché et ne se trahit que par la dilatation de l'anse sus-stricturale. En effet, dans sa forme commune, qui se retrouve dans plus de 95 p. 100 des observations que nous avons pu consulter, le néoplasme est représenté par une tumeur annulaire, peu étendue en longueur, enserrant l'intestin à la façon d'un anneau ou d'une bague. La stricture ressemble même quelquefois à une véritable ligature ; morphologiquement, l'aspect réalisé se rapproche beaucoup de celui du squirrhe en ficelle du côlon sigmoïde.

La longueur de la tumeur varie suivant les cas de 5 à 13 centimètres.

A son niveau la séreuse a une apparence blanchâtre, fibreuse, cicatricielle, parfois soulevée de bosselures.

Au toucher elle est de consistance dure et ligneuse.

La diminution de calibre de l'intestin qui résulte

du développement de ce néoplasme est toujours très marquée. A son degré extrême, la sténose peut être imperméable à l'eau (Kanzler ; Soper).

La sténose de l'épithélioma s'oppose donc essentiellement à la dilatation habituellement constatée dans le sarcome. Mais il faut bien savoir que cette apparence peut être trompeuse et il faudra exiger un examen histologique pour affirmer un diagnostic dans les cas douteux. Kukula enlève une tumeur volumineuse de l'intestin grêle, ne rétrécissant pas le calibre intestinal ; il croit à un sarcome et l'examen microscopique révèle un adéno-carcinome absolument typique.

Sur une coupe, on voit que le néoplasme présente à l'intérieur du canal intestinal un développement circulaire formant une masse blanchâtre, compacte, infiltrant toutes les couches de la paroi du tube digestif dont la structure se trouve ainsi effacée.

La plupart des pièces d'interventions ou d'autopsies portant sur des tumeurs assez anciennes, elles présentent le plus souvent en un point de leur superficie une ulcération de taille variable, saillante, à bords nettement découpés. Son fond est friable ; tout autour existe une base indurée que l'on palpe facilement et qui infiltre la tunique intestinale à une petite distance tout autour du néoplasme.

Remarquons d'ailleurs que la tumeur, même dans ce type classique assez précis, peut affecter quelques variations dans son aspect, le rétrécissement intestinal n'étant pas toujours le fait de végétations développées sur la muqueuse. Si l'on observe souvent des

tumeurs ulcérées qui rappellent l'ulcéro-cancer du pylore, on peut aussi voir des formes sous-muqueuses où domine la sclérose, sans ulcération au niveau de la muqueuse elle-même.

Gravier, envisageant à la suite d'une publication de néoplasme du jéjunum le mécanisme du rétrécissement en ficelle, signale que, à son avis, il ne s'agit pas de rétrécissement de la lumière par développement de la tumeur, mais d'une stricture vraie. C'est le tissu connectif sous-péritonéal qui s'hypertrophie et se sclérose de telle façon qu'il tire sur les tissus environnants.

LESIONS INTESTINALES SUS-JACENTES AU NEOPLASME

Elles sont de règle, se rencontrant pratiquement dans 95 p. 100 des cas.

En amont de la tumeur, l'intestin est dilaté, parfois monstrueusement, et cela sur une étendue qui peut atteindre 50 ou 70 centimètres ; on trouve, suivant les auteurs, des comparaisons diverses pour caractériser cette hypertrophie ; très souvent les comptes rendus opératoires portent la mention : « L'intestin sus-jacent à la sténose était le siège d'une distension telle, qu'il atteignait le volume d'un bras d'adulte ».

En même temps sa paroi s'épaissit d'une façon plus ou moins marquée.

Mais l'étude des examens des pièces enlevées par interventions ou autopsies montre que, dans certains cas, il est question d'hypertrophie, tandis que d'autres

ne signalent qu'une dilatation simple, sans qu'on puisse, en se rapportant au degré ou à l'ancienneté de la sténose, établir une relation de cause à effet.

Une particularité semble constante, c'est que l'hypertrophie du segment sus-jacent se rencontre lorsque, au niveau de la sténose, les parois intestinales, la muqueuse principalement, ont été lésées.

Quelle est la nature de cet épaississement ?

Connu depuis longtemps, il fut attribué par de nombreux auteurs à une hypertrophie de la musculature intestinale due à la suractivité fonctionnelle imposée par l'obstacle. Ce serait une hypertrophie compensatrice.

Mais Patel, puis Cavaillon et Leclerc, établirent par l'étude des coupes histologiques que l'hypertrophie musculaire ne rentre que pour une faible part dans la constitution de l'épaississement du segment sus-strictural ; elle existe indéniablement, mais elle n'est pas seule en cause. L'examen des pièces permet de constater que les différentes couches de la paroi intestinale sont séparées les unes des autres par un œdème dur, chronique, qui infiltre tous les éléments constitutifs de la paroi. Il est difficile d'ailleurs de savoir s'il s'agit d'un œdème mécanique dû aux troubles circulatoires de la paroi, ou bien d'un œdème d'ordre inflammatoire se produisant à la suite d'une infection créée au niveau du néoplasme ulcéré. Les deux causes, auxquelles s'ajoute l'influence congestionnante de la stase stercorale, se prêtent sans doute un mutuel appui.

Il est d'ailleurs à noter que l'intestin reprend très

vite son aspect normal lorsque sa fonction est rétablie.

Cette étude du segment intestinal sus-strictural n'est pas sans intérêt car on peut en tirer au moins deux déductions :

1° Si au-dessus d'une sténose la paroi intestinale est épaissie, c'est qu'il existe un obstacle ayant intéressé la paroi, sinon il s'agit d'un obstacle purement extérieur ;

2° Le segment intestinal épaissi devra être considéré comme malade, c'est-à-dire qu'il faudra faire porter une anastomose, reculer les limites d'une entérectomie bien au delà de lui. Ceci est important, non seulement pour être sûr d'enlever la lésion, mais surtout pour faire des sutures en tissu sain.

Il est des cas, comme celui de Newton (voir observ. XII), où la tumeur enserrant l'intestin sans l'obstruer complètement, le segment sus-jacent n'est pas très hypertrophié, sa lumière n'est pas dilatée. Il semble qu'il en était de même dans le cas de Brunschwig.

Les lésions sous-jacentes au néoplasme sont de moindre importance. Elles comportent le plus souvent une diminution notable du calibre intestinal normal, accompagnée d'une atrophie, d'une aplasie plus ou moins marquée de ses parois, modifications d'ordre purement mécanique semble-t-il.

Complications

Elles sont fréquentes et vont modifier à des degrés divers l'aspect du néoplasme.

1° Adhérences.

Elles se font assez rapidement avec les organes environnants ; avant tout à l'épiploon, puis aux anses grêles (Riedel, Soper, Tatlow).

Elles transforment en tumeur fixe ce cancer du grêle, qui est essentiellement mobile au début de son évolution.

Hellstrom signale un cancer du grêle adhérent au méso sigmoïde au niveau d'une perforation bouchée.

D'autres adhérences ont été signalées :

Avec la fosse iliaque (Duncan, Morton, Proescher et Muir : observ. V) ;

Avec la paroi abdominale (Schede, Delore) ;

Avec les anses grêles et la paroi (Delore) ;

Avec l'angle hépatique du côlon (Fagge) ;

Avec le cul-de-sac de Douglas (Jean).

2° Invaginations.

Cette complication paraît assez rare ; elle survient le plus souvent dans les cas de tumeur polypoïde.

En effet, dans sa forme commune, le néoplasme du jéjuno-iléon réalise des conditions anatomiques tout à fait défavorables à l'apparition de l'invagination : rétraction et perte de souplesse du mésentère et de la paroi intestinale, augmentation du calibre intestinal au-dessus de l'obstacle, diminution au-dessous.

Cependant Staemmler, dans sa statistique, déclare que l'invagination survient dans 30 p. 100 des cas.

Gueulette, dans sa thèse sur l'invagination intestinale, écrit : « Les sténoses, qu'elles soient congénitales ou néoplasiques, jouent dans l'intestin un rôle identique au spasme. Comme lui elles représentent le barrage contre lequel les ondes péristaltiques viennent buter et mourir ; comme lui elles reçoivent à chaque contraction l'effort violent de propulsion qui tend à les projeter dans la lumière de l'anse sous-jacente inerte ».

L'action des tumeurs pédiculées semble plus complexe et nous croyons qu'il est possible de joindre à l'action physiologique un élément purement physique. La tumeur rattachée en un point de la paroi agit à la façon d'un véritable corps étranger. Elle excite le péristaltisme de l'anse sus-jacente qui tend à la faire cheminer plus avant ; elle crée ainsi l'hyperpéristaltisme, condition de toute invagination.

Dans ses recherches portant sur les causes de l'invagination du grêle et s'étendant sur 25 années, Gueulette ne trouve que 5 cas d'épithéliomas.

Notons que dans le cas de Malerich (voir observ. XIV), on trouva à l'intervention un polype dégénéré ayant entraîné une invagination, mais celle-ci paraît n'avoir occasionné aucun trouble fonctionnel.

3° Perforations.

Elles sont également assez rares.

Salmon, à propos d'une observation d'épithélioma du jéjunum perforé que nous rapportons (voir

observ. XVI), remarque : « Si au cours du cancer de l'intestin grêle l'occlusion est fréquente, les péritonites par propagation ou par perforation sont extrêmement rares. Trop souvent on a mis sur le compte de l'épithélioma du jéjuno-iléon des péritonites par perforation alors qu'aucun examen microscopique n'avait été pratiqué ».

On en connaît à peine quelques cas : celui de Rosenlieb (perforation dans le côlon transverse), celui de Lautenschlœger, celui de Keyser (douteux parce qu'on n'a pas découvert de perforation macroscopique) et celui de Dencks dont le malade est mort de péritonite.

4° Métastases.

A. — GANGLIONNAIRES

Les métastases ganglionnaires frappent surtout les ganglions mésentériques. Pour d'Allaines cette extension ganglionnaire serait assez lente et resterait pendant longtemps confinée au territoire ganglionnaire immédiatement adjacent.

Les métastases ganglionnaires à distance sont beaucoup moins souvent notées. Von Buhl et Keyser trouvent des ganglions rétro-péritonéaux.

Dans le cas de Bassler et Grant, les ganglions formaient au-devant du rachis une chaîne qui remontait jusqu'au pancréas.

Plusieurs observations (von Buhl, Curtis, Venot et

Parcelier, Moiroud) signalent des métastases au niveau des ganglions cervicaux.

Une observation de William et Moté relate l'autopsie d'un malade présentant une adénopathie sus-claviculaire droite et chez lequel on trouva un épithélioma du jéjunum qui ne s'était jamais manifesté, mais qui avait donné des métastases : aux ganglions, au foie, à la rate, aux poumons, aux reins, au cerveau.

Dans certains cas, l'adénopathie secondaire forme une tumeur très volumineuse, palpable à travers la paroi abdominale, comme dans l'observation de Venot et Parcelier.

Chez les malades de Keyser et de Aubert (voir observ. VIII), la palpation permettait de sentir d'une part le néoplasme, d'autre part l'adénopathie secondaire.

Quelle est la fréquence de l'envahissement ganglionnaire ? Il survient dans 40 p. 100 des cas pour Venot et Parcelier.

Cette proportion serait un peu trop élevée pour d'Allaines, si l'on tient compte uniquement des adénopathies cancéreuses vraies.

En effet, ici, comme dans tout cancer ulcéré et infecté, l'adénopathie purement inflammatoire est fréquente. Fagge, Delore, Soper, l'ont signalée.

Il y a parfois association des deux processus inflammatoires et néoplasiques.

Dans une observation de Hellstrom, les ganglions du mésentère, durs et très volumineux, étaient pure-

ment inflammatoires. Il en est de même dans notre observation personnelle.

Mac Craig, étudiant 12 cas de carcinomes du jéjunum, avec examen des ganglions envahis, ne trouve des ganglions inflammatoires que dans un seul cas. Dans tous les autres, les ganglions étaient le siège de métastases néoplasiques. Il explique cette forte proportion par le fait qu'il s'agissait de tumeurs anciennes qui étaient toutes parvenues au stade de l'obstruction.

Roussy et Wolff font d'ailleurs remarquer que l'évolution néoplasique ganglionnaire, quel que soit son mode de formation, est habituellement précédée d'une phase réactionnelle du tissu ganglionnaire lui-même.

Cette phase est particulièrement importante à connaître, car elle s'accompagne d'augmentation de volume des ganglions et peut être l'objet d'erreurs de diagnostic. Sous quelque aspect qu'elles se présentent, les modifications du ganglion sont la preuve indéniable d'une réaction vis-à-vis d'un agent infectieux. Il y a lieu cependant de faire toutes réserves au sujet de l'action élective du cancer sur ces réactions ganglionnaires, celles-ci pouvant être le fait d'irritations banales, de processus inflammatoires ; mais il n'est, à l'heure actuelle, aucun élément qui permette de discriminer dans de tels ganglions la part qui revient au cancer et celle qui relève de processus inflammatoires antérieurs ou concomitants.

B. — MÉTASTASES PÉRITONÉALES ET VISCÉRALES

Sur leur fréquence et leur date d'apparition les avis sont assez divers.

Pour Hellstrom, elles ne surviennent que tardivement.

Pour d'Allaines, les métastases à grande distance sont l'apanage des formes dans lesquelles l'absence de complications et de sténose a permis une longue évolution.

Il faut bien remarquer que c'est surtout dans les observations comprenant un protocole d'autopsie que sont signalées des métastases viscérales ; dans celles qui ne comportent qu'un compte rendu opératoire il est fait mention de métastases ganglionnaires et péritonéales dans un certain nombre de cas. Le plus souvent les viscères abdominaux n'ont pas été explorés et les suites opératoires faisant défaut on ne peut ni affirmer, ni nier la présence ou l'absence de métastases viscérales. On reste dans la même incertitude quant à leur date d'apparition.

Pour Rankin et Mayo, les métastases sont souvent précoces et se trouvent par ordre de fréquence décroissante sur : le foie, les poumons, les os longs et la dure-mère rachidienne.

D'autres peuvent survenir sur les reins, les poumons, la paroi antérieure du rectum, et enfin il existe quelques rares observations de tumeurs jéjunales avec métastases ovariennes : celle de Œhlecker, citée par Venot et Parcelier, celle de Bennett et Douglas

et celle de Roblee que nous rapportons (voir (observ. XV).

Par ailleurs de très nombreuses observations mentionnent l'envahissement métastatique du péritoine sous forme de petits nodules blanchâtres disséminés sur la séreuse intestinale, sur le mésentère ainsi que sur l'épiploon.

FORME DIFFUSE A FOYERS MULTIPLES

Cette forme paraît assez fréquente. Lecène, déjà en 1904, soulignait cette ressemblance avec le sarcome de l'intestin grêle.

Staemmler, sur les 72 cas qu'il a recueillis, signale 9 fois la présence d'épithéliomas multiples du grêle.

Kummer en trouve 11 cas sur 57 observations.

Pouillard, dans sa thèse (1922), avec l'observation de Bénard et Bergeret, cite 7 cas de tumeurs multiples.

Dans la littérature plus récente, nous avons trouvé l'observation de P. Moiroud qui, opérant un malade chez lequel on avait porté le diagnostic de péritonite bacillaire à forme sténosante, trouve le long de l'intestin grêle, distantes de 20 à 50 centimètres, trois zones de stricture.

Le malade étant décédé, l'autopsie montra l'existence de trois épithéliomas cylindriques.

Etant tout d'abord éliminée la possibilité de néoplasmes secondaires du grêle, *comment faut-il interpréter ces localisations multiples ?*

S'agit-il de plusieurs tumeurs primitives évoluant simultanément ? Le fait est possible, mais paraît rare.

D'après Venot et Parcelier, on pourrait parler de cancers simultanés dans les observations de Hammer, de Hahn, de Kukula, de Soper.

Pour M. Letulle, il semble que, le plus souvent, on ait affaire à une tumeur primitive, les autres étant des métastases. Ceci paraît très net dans le cas de Lubarsch, où coexistaient avec des tumeurs volumineuses, des petits nodules sous-muqueux de la taille d'un pois ou d'une noisette.

Mais lorsque les tumeurs se présentent toutes avec un aspect à peu près identique, est-il possible d'indiquer des caractères distinctifs permettant de préciser quelle est la tumeur primitive ?

Körner a insisté sur la netteté des limites séparant le tissu sain du néoplasme dans les métastases, tandis que les bords de la tumeur regardée comme primitive seraient en communication avec une infiltration néoplasique des tissus ambiants ; il attribue une certaine valeur à ce signe pour le diagnostic différentiel.

Moiroud, à propos de son observation, remarque un fait, d'ailleurs plusieurs fois constaté, à savoir que la tumeur la plus évoluée, donc la plus ancienne en apparence, semble presque toujours siéger sur le segment le plus inférieur de l'intestin, comme si les tumeurs secondaires étaient issues d'une thrombose cancéreuse rétrograde.

Pour expliquer le mécanisme de cette dissémination, plusieurs hypothèses ont été soutenues.

Parmi celles-ci, il en est une qui envisage la *greffe*

à distance par voie muqueuse. Suivant cette conception, des cellules cancéreuses, détachées de la tumeur primitive, viendraient se greffer sur la muqueuse d'un segment sous-jacent. Cette auto-greffe d'une cellule cancéreuse, charriée au milieu des matières fécales et obligée de trouver une lésion de la muqueuse pour s'y implanter, doit être exceptionnelle, sauf dans le cas de greffe opératoire. Tels seraient le cas de l'observation de Chalier (1909) et celui de Bøker qui, après une gastro-entérostomie pour carcinome sténosant de la première portion du jéjunum, trouve, en réintervenant un an plus tard, une obstruction de la bouche de gastro-entérostomie due à un carcinome qui fut considéré comme une implantation directe de la tumeur primitive.

Ménétrier soutient l'hypothèse de la *greffe péritonéale*, mais il envisage plutôt le cas du cancer secondaire : quand les végétations néoplasiques sont arrivées à la surface de la séreuse, elles peuvent, après être tombées dans la cavité péritonéale souvent remplie de liquide exsudé sous l'influence irritative de la tumeur, y proliférer et aller s'implanter en des points éloignés.

Il nous reste à envisager l'éventualité de métastases soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique.

Les cellules néoplasiques qui emprunteraient la *voie sanguine* suivraient un trajet qui paraît long et difficile : jéjuno-iléon, veines mésentériques, veine porte, réseau capillaire hépatique, veine cave inférieure, cœur droit, artère pulmonaire, réseau capil-

laire pulmonaire, veine pulmonaire, cœur gauche, aorte, artère mésentérique supérieure, jéjuno-iléon.

Ce mode de dissémination reste donc possible ; il est peut-être responsable de métastases pulmonaires notées dans quelques observations, mais il ne paraît pas être le plus fréquent ; il appartient d'ailleurs beaucoup plus à l'histoire des cancers conjonctifs qu'à celle des épithéliomas.

Quant aux *lymphatiques*, ils existent abondants et reliés par des anastomoses nombreuses dans la sous-muqueuse, la sous-séreuse et dans l'épaisseur des feuillets mésentériques où ils forment les collecteurs.

Entre le réseau sous-séreux et le réseau sous-muqueux existe, à travers la musculuse, le réseau interlaminaire d'Auerbach.

La propagation lymphatique pourrait se faire par les réseaux sous-muqueux, sous-séreux ou par les collecteurs mésentériques.

M. Letulle rejette la voie sous-séreuse, n'ayant jamais rencontré, autour des noyaux greffés, des troncles chylifères injectés de cellules cancéreuses.

Le réseau sous-muqueux ne pourrait expliquer que l'extension à petite distance.

Il est probable que, le plus souvent, la métastase suit *la voie des troncs lymphatiques*. Elle n'a, dans ce cas, qu'un parcours assez bref à couvrir, la plus grande distance d'une anse du jéjuno-iléon à la racine du mésentère mesurant au maximum 15 centimètres. Au niveau du mésentère les vaisseaux lymphatiques du jéjuno-iléon sont en communication les uns avec les autres par de nombreuses anasto-

moses ; la cellule cancéreuse arrivée à la base du mésentère n'a donc plus qu'à faire le chemin de retour pour arriver à une partie quelconque du grêle, la distance entre l'intestin et la racine du mésentère et vice versa mesurant 30 centimètres environ, même si la distance entre les deux tumeurs sur le grêle était de 2 ou 3 mètres, ou même davantage.

Au point de vue de la longueur du chemin, le mécanisme de la métastase lymphatique présente donc des conditions très supérieures à celui de la métastase sanguine.

Mais il y a la difficulté du transport rétrograde, la métastase allant contre le courant de la lymphe, elle a été appelée pour cette raison : *métastase paradoxale*.

Pour Roussy et Wolff, les cellules tumorales seraient capables d'exécuter des mouvements amiboïdes leur permettant de circuler par leurs propres moyens à l'intérieur des conduits vasculaires.

Pour Ménétrier, la métastase par voie rétrograde s'explique par le fait que, dans un ganglion envahi par la prolifération épithéliale, les voies de circulation finissent par être complètement oblitérées et il en résulte un obstacle absolu à la progression de la lymphe qui devra obligatoirement refluer avec les cellules cancéreuses qu'elle transporte. Ces courants anormaux expliquant également l'infection possible des ganglions situés en amont du siège primitif du cancer.

Enfin, Kummer remarque que la chasse du courant lymphatique, qui n'a rien d'excessif, ne s'opposerait

guère au passage d'un embolus, et qu'un thrombus néoplasique à l'intérieur d'un vaisseau lymphatique peut s'accroître facilement, contre le courant de la lymphe.

L'engorgement rétrograde des vaisseaux lymphatiques, tout paradoxal qu'il puisse paraître à première vue, n'a donc rien que de très naturel, aussi bien faut-il admettre que c'est sans doute par ce mécanisme que se forment la plupart des carcinomes multiples de l'intestin grêle.

FORMES EXCEPTIONNELLES

Il existe un certain nombre d'observations où le carcinome du grêle ne se présente pas comme une tumeur annulaire, sténosante, en virole.

Curtis et Keyser ont rapporté chacun une observation dans laquelle il n'y avait pas de rétrécissement du calibre de l'intestin. Dans l'observation de Keyser, la tumeur, qui s'était développée aux dépens de la première anse jéjunale, avait dilaté la lumière intestinale dont le diamètre, écrit-il, « se rapprochait de celui d'une noix de coco ».

Cet aspect rappelle beaucoup celui du sarcome et montre que bien souvent l'examen histologique pourra réformer un diagnostic trop rapidement porté sur le seul examen macroscopique.

Parfois il s'agit de *formes végétantes*. C'est ainsi que Johnson trouve une tumeur implantée latérale-

ment sur l'intestin et Hofman une double tumeur polypoïde saillante dans la lumière intestinale.

De cette étude macroscopique des divers aspects des carcinomes de l'intestin grêle et de ses complications, d'Allaines tire les conclusions suivantes :

« En résumé, il existe des analogies considérables
« entre les épithéliomas de l'intestin grêle et celui
« du côlon gauche. Comme ce dernier, l'épithélioma
« du grêle forme une tumeur en virole rétrécissant
« la lumière intestinale et entraînant une différence
« considérable des deux segments intestinaux sus et
« sous-jacents.

« Pendant longtemps la tumeur possède une tendance à créer des complications locales, mécaniques (occlusion), plutôt qu'à se généraliser.

« Même alors qu'il a donné des généralisations à l'intestin (tumeurs ou rétrécissements multiples), son extension est lente, comme le montre le résultat satisfaisant et susceptible de longue durée des opérations palliatives pratiquées à ce stade.

« Il a peu de tendances à former une véritable tumeur, et s'il en existe une, c'est bien plutôt par suite de la présence de grosses masses ganglionnaires, d'adhérences et d'agglomérations d'anses et d'épiploon, que par le volume du néoplasme lui-même qui reste assez petit. »

CHAPITRE IV

HISTOLOGIE

Le cancer du jéjuno-iléon est un *épithélioma glanduliforme à cellules cylindriques* plus ou moins atypiques.

Epithélioma cylindrique atypique, adéno-carcinome, cancer alvéolaire sont pour Lecène les étapes d'un même processus néoplasique.

C'est un cancer glandulaire ; Lubarsch a pu saisir sur ses coupes l'origine de la tumeur dans les glandes de Lieberkuhn ; ce type pseuso-glandulaire reproduit grossièrement l'aspect des glandes de l'intestin. Il diffère du tissu glandulaire normal par ses cellules cylindriques disposées sur plusieurs rangées avec leurs noyaux déformés et de nombreuses figures de mitoses.

Il y a prolifération des glandes en tubes ; dans la profondeur les éléments épithéliomateux effondrent la *muscularis mucosæ* et forment dans la sous-muqueuse et la musculieuse des amas de cellules atypiques, petites, richement nucléées, gardant suivant les cas des formes plus régulières, cubiques ou cylindriques et reproduisant plus ou moins des aspects glandulaires.

Parfois la muqueuse est normale, et la tumeur paraît surtout développée dans la sous-muqueuse (A. Schwartz et Brulé).

Mais la prolifération cellulaire, pour atypique et infiltrée qu'elle soit, reste assez limitée à la périphérie par un tissu conjonctif très marqué et abondant.

Gravier et Rocher ont insisté sur le rôle de ce tissu conjonctif hypertrophié et rétracté au cours de l'évolution de la tumeur dans la production de la sténose intestinale.

D'autres types histologiques peuvent aussi être rencontrés, mais sont beaucoup plus rares :

Quelques observations, dont celle d'Hoffman, portent sur les formes d'*épithéliomas atypiques, infiltrés* : boyaux pleins, envahissant et détruisant les couches musculaires ; ils sont constitués par des cellules ne rappelant que de très loin les cellules cylindriques intestinales : cellules cubiques, polygonales, etc., etc.

L'observation de Venot et Parcelier renferme la description d'un cas de *cancer épithélial diffus*, à allure pseudo-sarcomateuse.

Les cas de Chalier et de Kaspar sont des exemples d'une forme très rare : le *cancer colloïde*, formant une tumeur qui prolifère dans la lumière intestinale.

Il convient de mettre à part une forme qui est également peu fréquente, c'est la *forme squirrheuse de l'épithélioma du grêle*.

Venot et Parcelier n'en trouvent que 5 cas dans leur statistique, auxquels Baillat, dans sa revue sur

les squirrhes du grêle, ajoute le cas de Mériel et Sorrel et celui de Jean.

Histologiquement cette forme se caractérise par sa richesse en tissu fibreux ; elle ne donnerait jamais de forme diffuse.

CHAPITRE V

TUMEURS DE L'INTESTIN GRELE DITES « CARCINOÏDES »

Bien que les avis diffèrent quant à la nature véritable de ces tumeurs et plus encore sur leur degré de malignité, nous ne voulons pas les passer sous silence, car elles ont fait l'objet de publications et d'observations qui ne sont pas dénuées d'intérêt.

Lubarsch, en 1888, écrivait que ces tumeurs, bien qu'ayant des ressemblances histologiques avec le carcinome, en différaient par l'absence de métastases et de structure glandulaire. Il les nomme cependant « *carcinomes primaires de l'intestin* ».

Après lui, de nombreux cas de tumeurs carcinoïdes furent rapportés et ce terme fut employé de façon assez vague et générale pour désigner des tumeurs qui ressemblaient au carcinome tout en n'ayant pas sa malignité.

Bunting, en 1904, en rapporte une série de cas ; pour lui, ce groupe de tumeurs est caractérisé par la multiplicité des foyers primitifs, le caractère indifférencié des cellules carcinomateuses, leur peu de tendances extensives, la lenteur de leur développe-

ment et leur absence de métastases. Bunting insiste sur la ressemblance qui existe entre ces carcinoïdes et le groupe des tumeurs appelées par Krompécher : *cancer de l'épiderme à cellules basales*.

Oberndörfer, Tœnissen, donnent de ces tumeurs des descriptions qui se rapprochent de celle de Bunting. Pour Tœnissen, ces formations représentent des *bourgeoisements de l'épithélium intestinal* qui ont poussé plus profondément que d'habitude et se sont secondairement isolés et enclavés dans la sous-muqueuse.

Pour d'autres auteurs, il s'agirait de *formations pancréatiques aberrantes* (Heller).

Elles ont également été étudiées par P. Masson au cours de ses travaux sur les *glandes endocrines* et les *cellules argentaffines de l'intestin*. Il signale qu'on trouve, surtout au fond des glandes intestinales, des cellules prismatiques, à base élargie, contenant des grains très fins, acidophiles, et qui réduisent à l'état métallique le nitrate d'argent ammoniacal. Ce sont ces éléments que Masson interprète comme constituant la glande endocrine de l'intestin ; dans certains cas d'hyperplasie, ils poussent dans la profondeur, développant ainsi des formations adénomateuses interstitielles : les adénomes endocrines.

Ces tumeurs étant fréquemment des trouvailles d'autopsie, on les envisage le plus souvent comme des formations bénignes. L'examen microscopique est là cependant pour affirmer leur nature carcino-mateuse.

On peut se demander si l'on est en présence du premier stade du développement d'un carcinome à malignité normale mais encore trop petit pour que celle-ci ait pu se manifester, ou bien s'il s'agit de formations bénignes, n'ayant du carcinome que la structure histologique.

Signalons qu'une observation de Ranson et une autre de Johnson, rapportée par d'Allaines, ont trait à des tumeurs carcinoïdes s'accompagnant de métastases très nombreuses dans les ganglions mésentériques.

Schnebel, en 1923, rapporte un cas identique avec métastases hépatiques. Son malade meurt de complications cardiaques et pulmonaires à la suite de l'intervention, mais dans ce cas la nature maligne de la tumeur est indiscutable.

Au contraire, dans le cas de Decker (1928), une ablation partielle de tumeur carcinoïde, faite pour parer aux accidents aigus d'iléus, fut suivie d'excellents résultats post-opératoires.

A deux reprises, dans les trois années qui suivirent l'intervention, on fut obligé de réintervenir pour iléus dus à des brides cicatricielles, ce qui permit de constater la disparition totale de la tumeur et de l'inflammation ganglionnaire qui l'accompagnait.

Il est donc impossible d'affirmer nettement la bénignité de ces tumeurs carcinoïdes. Si elle paraît fréquente, il faut quand même admettre qu'elles sont susceptibles d'affecter la même évolution que l'épi-

thélioma banal de l'intestin grêle avec toutes ses conséquences ; de plus, comme le fait remarquer Kummer, même bénigne, une tumeur de l'intestin est toujours à redouter en raison de la gêne du transit qu'elle peut entraîner.

CHAPITRE VI

ETUDE CLINIQUE

L'étude anatomo-pathologique et histologique que nous avons envisagée ci-dessus, s'appliquait naturellement à l'épithélioma du grêle d'une manière générale. Au point de vue des symptômes, nous avons cherché, par l'étude des observations de cancers siégeant sur le jéjunum, à préciser le tableau clinique qui se dessine dans cette localisation et les points sur lesquels on pourra étayer un diagnostic qu'il y a un intérêt capital à faire aussi précocement que possible.

L'importance et les progrès réalisés par l'examen radiologique ont également retenu notre attention ; en effet, dans les observations récentes, s'opposant à une symptomatologie parfois très vague, il a souvent permis d'affirmer un diagnostic de lésion et de sténose intestinale, même si la nature de cette dernière ne peut lui être demandée.

Nous avons été amenée à étudier environ 200 observations d'épithéliomas du jéjunum, en comprenant celles qui sont publiées dans les revues de Venot et Parcelier, d'Hellstrom et de d'Allaines.

Dans la littérature plus récente, comprenant surtout des études et des observations américaines et allemandes, un grand nombre de ces dernières sont si laconiques quant à l'histoire antérieure du malade, qu'elles ne nous ont pas paru pouvoir être utilisables.

Nous en avons groupé quelques-unes qui nous paraissent intéressantes par une description plus précise de l'histoire de la maladie et parce qu'elles représentent les tableaux cliniques variés que l'épithélioma du jéjunum est susceptible de réaliser.

Il se dégage, de la lecture de ces nombreuses observations, l'impression que dans le carcinome du jéjunum les SIGNES GÉNÉRAUX précèdent souvent les SIGNES LOCAUX.

Même quand le malade est vu pour la première fois par le chirurgien pour une occlusion intestinale aiguë, dans tous les cas où, après l'intervention, on a interrogé soigneusement le malade, on a pu retrouver dans son passé des signes plus ou moins nets traduisant l'évolution du néoplasme.

Quelle est la durée de cette période de début qui reste malgré tout assez insidieuse ?

Mayo et Nettrour, dans un tableau où se trouve résumée, de façon schématique, l'histoire de 31 cas de cancers du jéjunum, donnent des chiffres qui vont de 4 ans à 2 mois ; la moyenne oscillant entre 7 et 10 mois.

On peut faire des constatations analogues pour les observations que nous rapportons : sans doute la malade d'Aubert (observ. VIII) souffrait depuis 5 ou

6 ans, mais on peut dans ce cas se demander s'il n'existait pas un ulcère antérieurement au néoplasme, tant le tableau clinique des premières années de l'affection se rapproche de celui du syndrome ulcéreux.

Il est donc intéressant de chercher à préciser les signes qui marquent cette période de soi-disant latence ; parmi ceux-ci, il en est un qu'on retrouve pour ainsi dire dans tous les cas, c'est :

L'AMAIGRISSEMENT.

Souvent inexpliqué, hors de proportion avec les troubles fonctionnels si minimes à cette période.

Sur les 31 malades de Mayo et Nettrour, 2 seulement n'avaient pas perdu de poids ; tous les autres accusent des amaigrissements qui vont de 3 à 27 kilogs (42 kilogs dans un cas).

Le malade de notre observation personnelle avait perdu 8 kilogs en 10 mois.

Salmon, interrogeant un malade qu'il vient d'opérer pour une perforation d'épithélioma du jéjunum, ne trouve aucun symptôme notable dans ses antécédents, sinon une perte de poids de quelques kilogs en l'espace d'un mois.

Un des malades de Mayo, dont les troubles remontaient à 2 mois avant l'intervention et se bornaient à quelques coliques, avait perdu 12 kilogs pendant ce laps de temps.

A quoi peut être attribué un tel amaigrissement, coïncidant avec des tumeurs qui n'ont souvent pas

atteint un degré très marqué de sténose et ne sauraient, par conséquent, entraîner des troubles intenses du transit alimentaire ?

Nous nous sommes demandés, à propos de notre malade, si le blocage des chylifères par les travées de cellules néoplasiques n'était pas susceptible d'entraîner un trouble important de l'absorption des graisses qui expliquerait ainsi l'amaigrissement. Les recherches n'ont pas été concluantes ; il y aurait peut-être intérêt à les renouveler dans des cas similaires.

Kummer se demande si l'atteinte marquée de l'état général de ces malades ne serait pas due à des résorptions de substances élaborées au sein du tissu néoplasique, mais c'est rester dans le domaine de l'hypothèse.

Cet amaigrissement s'accompagne d'ailleurs de perte de forces, de sensations de malaise, de déficience générale sur laquelle les malades insistent souvent. L'atteinte de l'état général peut être très marquée ; nombre d'observations signalent que le malade se présente à l'examen dans un état cachectique, d'autres le décrivent comme donnant une impression de déshydratation qui est d'ailleurs classique dans les sténoses du grêle.

L'ANÉMIE.

Elle est aussi un signe à peu près constant.

Dans presque toutes les observations où l'on a pratiqué un examen du sang, on a pu constater une diminution du nombre des globules rouges.

La malade de Brunschwig (observ. XII) en avait 1.900.000.

Celle de Newton (observ. XII) en avait à peine un million.

Les statistiques de Mayo et Nettrour donnent une moyenne de 3.730.000 globules rouges. Il s'agit d'une anémie du type hypochrome avec une richesse en hémoglobine qui est en moyenne de 59 %.

Plunkett et ses collaborateurs ont montré que cette anémie peut relever à la fois des hémorragies occultes et des troubles d'absorption de l'intestin grêle.

Pour Castle, elle pourrait être due à un trouble dans l'élaboration de la substance hématopoïétique. Mais Noothoven Van Goor fait remarquer que, dans ce cas, on pourrait attendre une amélioration par les injections d'extraits hépatiques ; or son expérience personnelle lui a montré que ces dernières étaient inefficaces, alors que le taux des globules rouges se relève rapidement après ablation du néoplasme.

Cette anémie représente parfois pendant très longtemps le seul symptôme par lequel se traduit l'affection, réalisant une forme clinique particulière de l'épithélioma du jéjunum.

C'est ainsi qu'on trouve des cas où les malades furent traités pendant un ou deux ans, sans succès d'ailleurs, pour une anémie pernicieuse, jusqu'au jour où un symptôme digestif quelconque, ou un examen radiologique systématique, vinrent attirer l'attention sur le jéjunum.

Les observations XII et XIII de Newton et Bruns-

chwig rentrent bien dans cette catégorie. Dans la première l'épithélioma du jéjunum ne fut pas soupçonné du vivant de la malade ; dans la seconde les examens, tant cliniques que radiologiques, furent négatifs et le diagnostic de cancer de l'intestin grêle fut porté en raison des Weber constamment positifs dans les selles.

Devant un tableau clinique aussi vague et aussi trompeur, en l'absence de modifications radiologiques, il n'est pas très étonnant de constater que, le plus souvent, dans ces cas, le diagnostic n'est pas fait et qu'il reste une trouvaille d'intervention ou même d'autopsie.

LA DOULEUR.

Elle se retrouve également dans la plupart des antécédents des malades, mais se présente de façons très diverses.

Rares sont les douleurs à *type d'ulcère gastrique* comme celles présentées par la malade d'Aubert (observ. VIII). Cependant le malade de Barnhart (observ. VII) décrit également des troubles gastriques avec sensation de brûlure au niveau de l'estomac et sédation de ces brûlures par le bicarbonate de soude.

Le plus souvent il s'agit d'une *douleur assez sourde*, décrite comme une colique intestinale, ou une crampe abdominale.

Cette douleur peut être fixe, localisée en un point limité de l'abdomen, paraissant en relation avec le

siège même de la tumeur. Le malade de Gravier avait des douleurs localisées dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, un peu au-dessous de l'ombilic (observ. VI). Mais cette éventualité est assez rare.

Le plus souvent il s'agit d'une douleur vague, traduisant la gêne qu'apporte la présence du néoplasme à la circulation des matières. Ces douleurs sont dites « péri-ombilicales » ou « iliaques », ou même simplement « abdominales ».

Elles peuvent apparaître brusquement, en pleine santé, sous forme de crises durant quelques minutes à plusieurs heures ; apparaissant sans cause appréciable pour ne reparaitre que plusieurs semaines ou mois après.

En général, la durée de la crise douloureuse et sa fréquence vont en augmentant à mesure que progresse l'évolution de la maladie et que s'accroît la sténose intestinale.

Bien que les observations soient parfois lacunaires quant à ce détail, les douleurs sont souvent en rapport assez fixe avec les heures des repas (une heure et demie après le repas chez le malade de Gravier).

Pour Venot et Parcelier, dès que la distance séparant le néoplasme de l'angle duodéno-jéjunal dépasse 40 à 60 centimètres, on voit les phénomènes douloureux perdre toute relation nette avec l'ingestion alimentaire.

Cependant le malade de Finsterer, dont la tumeur siégeait à 1 cm. 5 de l'angle duodéno-jéjunal, avait

des douleurs qui n'apparaissent que le soir et qui étaient indépendantes des repas.

Mais il est des cas, comme celui de notre malade, où le néoplasme, tendant à donner des crises d'occlusion intestinale, le patient décrit un ensemble de symptômes où il est aisé de reconnaître *le syndrome décrit par Koenig*. Il s'agit d'une crise de coliques douloureuses survenant brutalement, sans raisons apparentes, ou bien après tous les repas. Cette colique se manifeste non seulement subjectivement mais encore objectivement aux regards de l'observateur ou du malade lui-même, sous forme d'une *reptation de la paroi abdominale* qui peut être plus ou moins marquée suivant les cas. *Un bruit hydro-aérique* l'accompagne, perceptible sous la forme d'un gargouillement, à la fois par le malade et par le médecin, par l'oreille aussi bien que par la main qui palpe.

La douleur croît d'abord à mesure que progresse l'onde, s'irradiant dans le dos, les lombes, le scrotum ; elle passe par un paroxysme, puis cesse brusquement, en même temps que la contraction, cependant que des bruits musicaux, hydro-gazeux, annoncent que le barrage est franchi ; ils sont bientôt suivis d'une selle diarrhéique. Parfois des vomissements se produisent au moment de la crise douloureuse.

Ces coliques ne présentent pas un rythme bien défini ; elles apparaissent 2, 3 ou 4 heures après les repas, toujours au même endroit, tantôt isolées, tantôt groupées par crises fréquentes ou espacées, elles sont susceptibles d'être réveillées par un examen un peu prolongé, un traumatisme minime, la succus-

sion, etc. Le plus souvent elles ont une tendance à la reproduction de plus en plus fréquente.

LES VOMISSEMENTS.

Ils sont un symptôme important, quoiqu'un peu moins constants que les phénomènes douloureux.

Mayo, dans sa revue générale, note sur 31 malades :

pas de vomissements dans 11 cas ;

vomissements légers ou modérés dans 9 cas ;

vomissements intenses et répétés dans 2 cas.

Dans nos observations, les malades de Barnhart (observ. VII), de Brunschwig (observ. XIII) et de Roblee (observ. XV) n'en ont jamais eu.

Dans d'autres cas, il n'est fait mention que de quelques nausées ; il s'agit alors fréquemment d'un néoplasme qui s'est développé sans réaliser de sténose intestinale.

Quand ils existent, ces vomissements sont le plus souvent très abondants ; Kummer insiste sur le fait qu'ils dépassent de beaucoup la quantité des aliments ingérés.

Au point de vue qualitatif, ils sont le plus souvent *alimentaires* (le malade de d'Allaines précise qu'il vomissait des aliments ingérés deux jours auparavant), ou *bilieux* ; parfois alimentaires et bilieux, jamais sanglants. Ils surviennent une ou deux heures après les repas et entraînent souvent la fin des crises de coliques douloureuses.

En se basant sur les observations qui donnent de façon précise le siège du néoplasme par rapport à l'angle duodéno-jéjunal, on a l'impression qu'il existe

une relation d'autant plus étroite entre le vomissement et l'ingestion alimentaire que le néoplasme a un siège plus élevé sur le jéjunum. C'est ainsi que le malade de Tatlow, porteur d'un cancer situé presque à l'angle duodéno-jéjunal, présentait des vomissements incoercibles.

Mais ce n'est pas une règle absolue ; certaines tumeurs situées très près du duodénum ne donnent que quelques nausées insignifiantes.

Le malade de Bassler et Grant n'eut qu'un seul vomissement, mais il fut d'emblée fécaloïde.

LES TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL.

Ils sont très fréquents ; il n'est pour ainsi dire pas d'observation où l'attention n'ait été attirée sur ce point.

Comme on peut s'y attendre, avec un néoplasme qui tend à donner une sténose intestinale, la CONSTIPATION sera un des troubles dont les malades se plaindront le plus souvent.

Les malades de Barnhart, de Rowe et Neely racontent une histoire de constipation qui remonte à plusieurs mois.

Mais il faut remarquer que, mis à part les malades qui se présentent en état d'occlusion aiguë, cette constipation n'est jamais tellement marquée qu'elle ne cède à un traitement médical.

Dans certains cas, comme celui de Kalayjian (observ. IV) et celui d'Aubert (observ. VIII), les

malades présentaient de la DIARRHÉE ; ils n'eurent jamais de constipation.

Parfois on note des *alternatives de diarrhée et de constipation*, et enfin d'autres malades, comme celui de notre observation personnelle, ont un *transit intestinal normal*, coexistant avec une stricture intestinale très marquée.

Le MÉLÈNA est un symptôme rare. Mayo, sur 31 malades, ne le trouve que 6 fois. Dans les observations que nous avons pu consulter, il n'est fait mention de mélæna qu'à deux reprises (observ. de Delore et de Tatlow).

SIGNES PHYSIQUES

L'examen de ces malades, s'il est parfois assez peu instructif, va montrer dans d'autres cas des signes qui peuvent avoir un intérêt capital :

LA PRÉSENCE D'UNE TUMEUR n'est pas la règle.

Venot et Parcelier la constatent 16 fois sur 36 observations.

Dans nos observations, la constatation d'une tumeur ne fut faite que dans deux cas, et encore dans l'observation XI il est spécifié que la tumeur n'était perceptible que par intermittences.

Jamais, sauf dans le cas de Keyser, le carcinome du jéjunum ne se présente comme une tumeur volumineuse.

Dans le cas de Aubert, on sentait à la fois la tu-

meur et l'adénopathie mésentérique voisine. Dans un cas de Venot et Parcelier, seule une masse ganglionnaire hypertrophiée était accessible à la palpation.

La tumeur siège le plus souvent dans l'hypocondre gauche ; parfois elle tombe dans la fosse iliaque ; elle est exceptionnellement située du côté droit de l'abdomen.

Il s'agit donc d'un signe précieux, mais qui est fort inconstant.

Lorsqu'il est perceptible, le néoplasme du jéjunum forme une tumeur de consistance dure, ferme ; sa surface est irrégulière et bosselée, ses limites en général assez précises.

Si l'examen est fait à un *stade précoce de l'affection*, la tumeur est le plus souvent extrêmement *mobile*. Cette mobilité, cette impression que donne la tumeur de « glisser entre les doigts » serait pour Rankin et Mayo un signe de grande valeur pour faire soupçonner le carcinome du grêle.

Mais le plus souvent, après ce stade précoce, le néoplasme va contracter des ADHÉRENCES avec l'épiploon, avec les anses grêles voisines, avec la paroi, et sa mobilité disparaît ainsi que la netteté de ses contours.

C'est ainsi que, chez quelques malades, on ne trouve plus qu'une « zone résistante et indurée », plus ou moins sensible à la palpation.

D'Allaines fait remarquer que lorsque la tumeur a atteint un volume assez considérable pour être appréciée cliniquement, ce volume est dû autant à un accroissement progressif, qu'aux adhérences, aux

adénopathies, à l'épaississement du méso; toutes causes qui fixent peu à peu la tumeur, jusqu'à la rendre complètement immobile.

LE PÉRISTALTISME INTESTINAL, qui est plus fréquemment noté, est un signe d'une importance capitale, car il traduit de façon pathognomonique, ou presque, l'existence d'une sténose du grêle, sans préjuger de sa nature. Il est parfois observé par le malade lui-même au cours des crises douloureuses; il peut se produire sous les yeux du médecin, soit *spontanément*, soit *à l'occasion de la palpation ou de la percussion* de l'abdomen, demandant parfois à être recherché soigneusement par des examens répétés, à jour frisant, de la paroi abdominale.

Il a surtout de la valeur lorsqu'il accompagne les crises douloureuses.

La contraction apparaît le plus souvent dans la région ombilicale, se propage sous forme d'une *onde douloureuse*, de peu d'étendue, de courbe flexueuse, jusqu'à l'obstacle sur lequel elle vient buter.

Malheureusement, il s'agit là aussi d'un symptôme assez inconstant; si nombre d'observations sont muettes à cet égard, dans bien d'autres on précise : « il n'a jamais été vu d'ondes péristaltiques ».

Le péristaltisme intestinal est parfois remplacé par la TENSION INTERMITTENTE, décrite par Bouveret, ou même par une simple *voussure à percussion tympanique*.

LA DILATATION GASTRO-INTESTINALE AVEC CLAPOTAGE se retrouve dans un certain nombre d'observations ; la nôtre en est un exemple typique.

Il existait chez notre malade *deux zones de clapotage* de tonalité différente ; celle qui correspondait au jéjunum sus-strictural se trouvait dans la fosse iliaque gauche. L'existence de ces deux zones, qu'il était logique d'attribuer : l'une à l'estomac, l'autre à l'intestin, était très importante pour aiguiller le diagnostic vers une sténose intestinale, sans qu'il fut possible cependant, par le seul examen clinique, de préciser la localisation de cette sténose.

Il est des cas où seule l'anse grêle dilatée donne une zone de matité. Ricard et Mathieu ont attiré l'attention sur ce signe, qu'ils décrivent sous le nom de FAUSSE ASCITE, ou de MATITÉ DÉCLIVE. Cette matité, accompagnée de clapotage intestinal, occupe, quelle que soit la position du malade, les parties basses de l'abdomen. Elle est facile à mettre en évidence mais il est parfois difficile de la différencier d'une ascite vraie.

Ce clapotage intestinal devra aussi être distingué d'un clapotage gastrique ou colique.

Les examens de laboratoire sont malheureusement assez rarement pratiqués ; ils donneraient pourtant des résultats souvent fort intéressants.

1° L'EXAMEN DES SELLES ne révèle que très rarement des modification macroscopiques apparentes ; le mélæna est très rare.

Mais, par contre, la *recherche des hémorragies mi-*

croscopiques est presque toujours *positive* et ne doit jamais être négligée.

Boas, en Allemagne, Mathieu et Roux, en France, estiment que la persistance de sang occulte dans les selles après le régime de cure de l'ulcère est pratiquement pathognomonique de néoplasme de l'intestin.

On peut remarquer que dans les observations où les réactions de Wéber furent négatives, il s'agissait presque toujours de néoplasmes non ulcérés.

2° LE CHIMISME GASTRIQUE paraît avoir été pratiqué fréquemment à la clinique Mayo. Une étude de 20 observations signale que dans 6 cas il existait une rétention à jeun variant de 370 à 1.000 cc.

Dans 9 cas il n'y avait pas d'HCl libre ;

Dans 4 cas l'HCl était très diminué ;

Dans 1 cas il y avait de l'hyperacidité gastrique ;

Dans les autres on trouva des taux normaux.

3° L'EXAMEN DES URINES montre souvent la présence d'*indican*, qui traduirait la stase intestinale dans le territoire du grêle.

4° Enfin, comme nous l'avons déjà signalé, L'EXAMEN DU SANG révèle en général un degré notable d'*anémie* qui n'a d'ailleurs en elle-même rien de pathognomonique, puisqu'elle est fréquente au cours de l'évolution néoplasique.

COMPLICATIONS

L'occlusion intestinale est au premier plan de ces complications ; elle est si fréquente que c'est presque un symptôme, fait qui est d'ailleurs parfaitement expliqué par la forme habituelle, sténosante, du néoplasme.

Venot et Parcelier, sur 36 observations, trouvent :

6 fois une occlusion aiguë ;

8 fois une occlusion subaiguë ou chronique.

Etant donnée la fluidité marquée du contenu du grêle, il semble que cette occlusion devrait, le plus souvent, être tardive.

Cependant, dans un cas de Kanzler, elle fut le signe révélateur d'un néoplasme resté latent.

Il ne semble pas que le siège élevé du carcinome jéjunal ait une influence sur la plus ou moins grande précocité d'apparition de cette complication.

L'invagination, ainsi que nous l'avons vu précédemment, est rare. Le segment dilaté précédant la tumeur, elle devrait être plutôt rétrograde. En fait elle ne s'observe que dans les *formes polypeuses*.

On trouve des cas d'invaginations dans les observations de Thorel, Delore, Adler, et dans l'observation de Malerich que nous rapportons (voir observ. XIV), mais celle-ci était restée latente, le malade ne présentant comme signe intestinal que des Wéber positifs.

Speese, rapportant les recherches de Kasemeyer,

établit que 30 % des invaginations sont dues à des tumeurs malignes.

En dehors du tableau aigu, classique, de l'invagination intestinale, Raiford note que, dans certains cas, elle peut passer à la chronicité et être marquée par des périodes de rémission.

La péritonite apparaît également comme une rareté, qu'elle soit consécutive à une *perforation* au niveau ou au-dessus du néoplasme, ou qu'il s'agisse d'une *péritonite par propagation*. Tel serait le cas du malade de Keyser, où l'on ne put découvrir de perforation à l'examen macroscopique.

L'épithélioma du jéjunum s'oppose donc nettement, sous ce rapport, à celui du gros intestin, et notamment à celui de l'S iliaque, qui donne si fréquemment des complications infectieuses.

Dans les péritonites par perforations, se placent les observations de Lautenschlœger et celle de Salmon que nous rapportons (voir observ. XVI).

Enfin, Johnson a noté l'existence de *fistules* entre des épithéliomas du grêle et le côlon ou le rectum.

CHAPITRE VII

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Parmi les différents moyens d'exploration de la fonction intestinale, l'étude radiologique présente un intérêt capital. Telle est l'impression qui se dégage surtout de la lecture des observations récentes ; dans bien des cas c'est à un tableau clinique des plus vagues que s'opposent la netteté des conclusions tirées de l'examen fait par le radiologue. Quelques auteurs cependant semblent lui accorder un crédit assez limité. C'est ainsi que Rankin et Mayo écrivent : « L'examen radiographique est important à un point de vue négatif, c'est-à-dire que lorsque le malade présente des signes de lésion intestinale, il permet d'éliminer le diagnostic d'ulcère duodénal, ou une affection de l'estomac et du côlon. Occasionnellement un cas peut être diagnostiqué aux rayons X... ».

Pour Rowe et Neely les découvertes positives dépendront du stade de l'affection. Elles ne seront pas toujours infaillibles et en raison de la période souvent avancée à laquelle on est appelé à examiner les malades, les résultats ne sont pas toujours bien

nets. Des constatations positives peuvent n'être pas pathognomoniques, pas plus que l'absence de toute anomalie n'exclut la possibilité d'une tumeur.

Pour Schinz les néoplasmes ne donnent une image radiologique que lorsqu'ils sont arrivés à la sténose.

Par contre Akerlund, dans un article récent et très documenté, s'élève énergiquement contre ce scepticisme. Pour lui il est actuellement possible de faire le diagnostic radiologique local de tumeur de l'intestin grêle et cela à une période relativement précoce, avant qu'il ne se soit produit des troubles graves de la perméabilité intestinale avec stagnation pré-sténosique.

Les conditions de ce diagnostic précoce sont une *technique soigneuse d'examen* et une *étude attentive du relief de la muqueuse intestinale*.

En réalité il semble que les épithéliomas du jéjunum seront plus souvent décelés par la radiologie que ceux qui siègent plus bas dans la masse confuse des anses grêles, étant donné sa situation immédiatement après le duodénum qui permettra de suivre le trajet de la bouillie barytée avec une certaine facilité.

Technique

L'étude radiologique du jéjuno-iléon se base surtout sur l'examen radioscopique, la prise des clichés n'intervenant que pour fixer un temps intéressant de l'examen.

Alors que pour l'étude de l'estomac le remplissage de l'organe est nécessaire, lorsqu'on étudie l'intestin grêle l'ingestion de baryte devra être réduite au minimum.

Piot conseille, au cas où une sténose serait envisagée, d'émulsionner la baryte dans de l'huile de paraffine afin d'éviter la formation de barytome.

Les études radiologiques porteront sur le moulage de la cavité intestinale. Elle apparaît dans le grêle initial sous un aspect de guirlandes finement découpées, crénelées, en « duvet de plume », dont les plis transversaux marquent les valvules conniventes.

Au niveau de l'iléon l'aspect du grêle se modifie ; il présente l'aspect d'un conduit du calibre d'un crayon à celui d'un doigt, calibre variable physiologiquement et en rapport avec le degré de remplissage du conduit intestinal.

L'examen portera également sur l'horaire du transit, mais il ne faudra pas faire débiter cet horaire au moment de l'ingestion, comme pour l'estomac. Habituellement, on peut considérer comme normal un transit grêle d'une durée de quatre heures après le début de l'évacuation pylorique. Mais la stase physiologique qui se produit dans l'iléon terminal peut être de 2 heures, si bien que ce n'est que 6 heures après le début du passage pylorique que l'intestin grêle doit être évacué.

SYMPTOMATOLOGIE RADIOLOGIQUE

Les différents aspects qui pourront être observés au-dessus de la région sténosée ont été définis avec beaucoup de précision par Piot dans son article de la *Presse Médicale* du 27 avril 1932.

Aux trois périodes anatomo-cliniques par lesquelles peut passer la sténose jéjunale, correspondent des symptômes radiologiques différents.

1° Période prémonitoire.

Les signes radiologiques constituent parfois à eux seuls tout le tableau pathologique.

Le premier signe observé, d'ordre *anatomique*, est la DILATATION DU JÉJUNUM ; celle-ci est habituellement transitoire et n'apparaît qu'au moment du passage du bol alimentaire ; elle peut cependant être très importante, surtout lorsqu'elle s'accompagne du *deuxième signe* d'ordre *physiologique* : le RETARD DU TRANSIT ; celui-ci, à cette période, est d'ailleurs inconstant.

Le troisième signe est l'AÉRO-ILÉIE. La présence de gaz, physiologique dans l'estomac et le côlon, doit être considérée comme pathologique dans l'intestin grêle.

2° Période de lutte péristaltique.

L'examen à l'écran, en suivant la bouchée barytée, permet de visualiser en quelque sorte le syndrome

douloureux même lorsque celui-ci est discret ou ne se manifeste encore par aucune contraction visible sous la paroi. La progression de la bouchée opaque depuis son passage pylorique fixe sur la distance parcourue ; elle marque un temps d'arrêt dans la zone précédant le segment sténosé ; celle-ci est dilatée, elle présente un aspect aérique et seules ses parois s'imprègnent de baryte. La lutte péristaltique s'installe, les mouvements d'antipéristaltisme refoulant le bol baryté, s'opposant au péristaltisme normal qui tend à forcer le passage sténosé. C'est ainsi que chez le malade Kalayjian (observ. IV) au bout de 32 heures l'estomac était à nouveau partiellement rempli, les vagues antipéristaltiques ayant fait refluer la baryte du jéjunum dans l'estomac. Cette crise d'effort, qui rappelle par tant de points la crise de la sténose pylorique, obtient après un long moment de lutte le franchissement de l'obstacle, et il ne persiste plus qu'une anse dilatée et aérique.

3° Période de dilatation.

Celle-ci peut n'être qu'une phase de fatigue passagère, mais elle peut être aussi l'atonie définitive de la musculature vaincue dans sa lutte contre un rétrécissement serré devenu infranchissable. D'installation lente dans la sténose pylorique, cet état peut apparaître très rapidement dans la sténose du jéjunum.

C'est à cette période que l'on pourra voir sur le malade examiné debout et sans préparation aucune,

des IMAGES HYDRO-AÉRIQUES à niveau liquide mobile avec les changements de position du malade.

Dans certains cas, et les radiographies qui accompagnent notre observation en sont un bon exemple, on voit : d'une part, un niveau gastrique, d'autre part, un niveau dans le segment jéjunal sous-jacent à l'angle de Treitz.

L'apparition de cette image, qui peut être précoce, est pathognomonique de la sténose jéjunale.

Néanmoins, si l'état du malade l'autorise, il sera utile de préciser le diagnostic à l'aide du *lavement opaque*.

Celui-ci permet d'identifier cette image hydro-aérique qu'en raison de ses dimensions on hésiterait à localiser sur l'intestin grêle. Tel était le cas du malade de Chaliér (observ. XI), où le Docteur Cottet se demandait s'il ne s'agissait pas du côlon descendant.

Par ailleurs Bécclère a signalé que les images hydro-aériques, les classiques « tuyaux d'orgue », ne correspondaient pas toujours à des sténoses du grêle ; le côlon peut présenter des niveaux liquides dans les colites chroniques avec diarrhée, il n'est donc pas sans intérêt de le mettre hors de cause par le lavement opaque.

Mais l'examen du jéjunum ne se présente pas toujours avec cette facilité un peu schématique. Lorsque l'épithélioma siégeant à une faible distance de l'angle duodéno-jéjunal, la partie dilatée portera sur la portion initiale du jéjunum, celle-ci ne sera visible spontanément que d'une façon exceptionnelle, car il y

aura superposition des ombres gastrique et jéjunale, surtout dans les cas de stase et d'atonie où l'estomac se vide mal.

C'est dans ces cas qu'il sera particulièrement intéressant de faire l'étude radiologique par le « DUODÉNOGRAMME » de Buckstein. Celui-ci, de technique très simple, consiste à pratiquer le remplissage direct du segment sus-strictural à l'aide du tube d'Einhorn légèrement modifié ou à l'aide de la sonde de Camus qui permet un accès rapide au duodénum.

Ce procédé évite la superposition en premier plan sur le cliché de l'image gastrique et permet ainsi, dans les cas d'obstruction jéjunale haute, l'obtention d'une image beaucoup plus claire.

C'est ainsi qu'a été obtenu le cliché IV qui accompagne notre observation.

Il paraît superflu d'insister plus longuement sur l'intérêt et l'importance de l'examen radiologique pour le diagnostic précoce de l'épithélioma du jéjunum. Il renseignera sur le siège de la sténose par l'arrêt brutal de la bouillie, et de plus il révélera une image de dilatation rétro-stricturale révélatrice de l'atonie secondaire des parois qui est le signe indiscutable d'une sténose organique.

Dans les observations que nous rapportons, on constate que le plus souvent le diagnostic est resté hésitant jusqu'au moment où l'examen à l'écran est venu lever tous les doutes, faisant réformer un diagnostic de sténose pylorique dans le cas de d'Allaines.

Il faut cependant noter que chez les malades de Newton et de Brunschwig des examens radiographi-

ques négatifs coexistaient avec d'authentiques carcinomes du jéjunum à forme probablement peu sténosante.

Pour ce qui est du *diagnostic étiologique*, il convient sans doute d'être moins exigeant ; cependant nous lisons dans l'observation de d'Allaines : « Le Professeur Lecène, sur la vue de la radiographie, affirme le diagnostic d'épithélioma du jéjunum à forme sténosante ».

En général les radiologues disent avec Piot : « Le diagnostic étiologique est rarement le fait de l'examen radiologique. Celui-ci ne peut, même appuyé sur la clinique, que fournir des présomptions. »

Goubert nous paraît être dans le vrai lorsqu'il écrit : « Pas plus qu'on ne fait cliniquement un diagnostic de fièvre typhoïde sur la seule constatation d'une ascension thermique, on ne pose radiologiquement des conclusions sur la vue d'un seul symptôme. Dans les deux cas il est indispensable de grouper en faisceaux les signes minimes ou importants d'où devra se dégager sans fissures et sans contradictions un syndrome bien coordonné ».

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'épithélioma du jéjunum a été fait assez souvent dans les observations publiées depuis cinq ou six ans, et on n'écritait plus, comme le faisaient Venot et Parcelier en 1913 : « Ce diagnostic, donné comme impossible par certains auteurs, paraît avoir été fait trois fois d'une manière ferme... ».

D'Allaines, en 1929, écrivait encore que, le plus souvent, le diagnostic de sténose cancéreuse du tube digestif était fait, mais le siège à peu près constamment méconnu.

La proportion s'est améliorée depuis lors, puisque, sur les 17 observations que nous avons groupées sans aucun parti pris :

Le diagnostic d'épithélioma du jéjunum a été posé 4 fois ;

Celui d'occlusion du jéjunum par tumeur probablement maligne 5 fois ;

Celui de néoplasme du tractus gastro-intestinal 5 fois ;

Enfin 3 fois le diagnostic fut erroné, ou ne fut fait qu'à l'intervention ou à l'autopsie.

Il semble que les progrès réalisés pour l'établis-

ment de ce diagnostic tiennent, d'une part, à la notion maintenant acquise que l'épithélioma du grêle n'est pas si rare que le croyaient les anciens auteurs, et d'autre part à l'apport considérable que peut apporter à un examen clinique précis, un examen radiologique correctement pratiqué.

Laissant de côté les cas d'occlusion aiguë qui ne posent qu'un diagnostic d'intervention d'urgence et ceux, rarissimes, d'épithéliomas perforés, nous envisagerons le CARCINOME STÉNOSANT tel qu'il se retrouve dans la presque totalité des observations.

D'une façon un peu schématique, et qui ne saurait évidemment s'appliquer strictement dans tous les cas, on peut dire que l'établissement de ce diagnostic demande, de la part du clinicien, une série d'affirmations successives.

1° Il s'agit d'une sténose de l'intestin grêle

Si le malade a présenté le tableau symptomatique du syndrome de Kœnig, le doute n'est guère possible.

Les différentes coliques néphrétiques, hépatiques, n'ont, ni dans leur siège, ni dans leur moment d'apparition, la régularité habituelle des douleurs consécutives à la sténose intestinale ; de plus, elles présentent des irradiations spéciales et s'accompagnent d'un cortège symptomatique propre aux affections dont elles relèvent.

Mais il est des cas, et ils sont assez nombreux, où le tableau clinique ne présente pas cette netteté.

Pour établir le diagnostic de bonne heure, il faut avoir bien présent à l'esprit ce fait capital, qu'il existe souvent de petites crises d'occlusion répétées, plus ou moins frustes, espacées les unes des autres, mais qui tendent à s'accroître au fur et à mesure que la maladie progresse ; il faudra savoir les rechercher avec soin, et procéder à un interrogatoire minutieux, sans être obsédé par le schéma de l'occlusion complète.

Du point de vue clinique, trois signes surtout retiendront l'attention :

L'amaigrissement marqué et rapide ;

Les douleurs, surtout si elles ont un caractère de fixité ;

Les vomissements alimentaires et bilieux ;

Et souvent les troubles du transit intestinal.

L'EXAMEN DU MALADE peut, dans certains cas, montrer des signes qu'il faut savoir interpréter :

La dilatation du segment jéjunal sus-sténotique donnant du ballonnement abdominal avec tympanisme localisé, est un symptôme de première importance ; mais elle ne devra pas être confondue avec la dilatation gastrique. De même la dilatation isolée d'une anse grêle étendue transversalement peut faire penser à un côlon transverse.

Si elle s'accompagne d'ondes péristaltiques, le mode de ce péristaltisme permettrait, pour Bérard et Patel, de localiser la sténose sur l'intestin grêle : « Le péristaltisme du grêle donnant des ondes de peu d'étendue avec des courbes flexueuses localisées autour de l'ombilic. Le péristaltisme stomacal est bien différent

par son siège ; il se dirige de la région splénique aux fausses côtes droites. Il diffère aussi par ses caractères, il a plus d'intensité, ses ondes sont plus larges. De même le péristaltisme du gros intestin se reconnaîtra par son peu d'intensité et par la direction de ses ondes suivant le trajet des côlons, du cæcum à l'S iliaque ».

Le clapotage intestinal avec matité déclive est un excellent signe bien décrit par Mathieu. Il faudra savoir éliminer le clapotage gastrique, de tonalité presque analogue.

Mais il est des cas où il y a coexistence de la rétention gastrique et intestinale (voir notre observation personnelle) et où le tubage gastrique ne permet nullement de constater la vacuité de l'estomac, comme le dit Mathieu. Tel était le cas de la malade de Denis et Charrier (observ. II), chez laquelle deux tubages gastriques permirent de retirer chaque fois deux litres de liquide.

Chez 6 des malades de Mayo et Nettrour, il existait une rétention gastrique à jeun variant de 370 à 1.000 cc.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que si le clapotage intestinal avec matité déclive s'observe surtout dans l'occlusion lente, incomplète, à resserrement progressif, il peut également se voir dans certains cas de banale entérite aiguë ou chronique avec diarrhée, hypersécrétion de liquide et parésie de la paroi intestinale. Il faudra donc faire préciser les circonstances dans lesquelles le phénomène se produit et l'ensemble symptomatique auquel il appartient, l'appar-

rition des ondes péristaltiques ayant dans ce cas une importance capitale.

2° Cette sténose siège sur le jéjunum

Ce diagnostic de localisation n'est pas indifférent car, ainsi que le fait remarquer Mathieu : « Il n'est pas inutile au chirurgien en effet de savoir dans quelle région devront porter ses investigations, en quel endroit il devra faire porter son incision exploratrice. La recherche du point rétréci sera de ce fait moins longue et moins préjudiciable pour le malade dont la résistance est toujours diminuée par l'affection causale et par les phénomènes d'occlusion ».

Il est des cas où le diagnostic se pose entre *sténose jéjunale* et *sténose pylorique* ; ce dernier diagnostic fut affirmé à tort chez le malade de d'Allaines (observ. XVII) et rectifié seulement par l'examen radiologique.

Cade et Levrat, puis Revol dans sa thèse, ont insisté sur la symptomatologie pylorique que peuvent affecter certaines sténoses hautes du jéjunum.

En effet, celles-ci peuvent parfois se traduire par :

Des vomissements d'aliments ingérés la veille ;

Du clapotage gastrique à jeun ;

Des ondes péristaltiques.

Sur quels signes peut-on établir le diagnostic ?

La rapidité d'évolution de la sténose et les signes précoces d'intoxication de l'organisme, avec atteinte grave de l'état général tels qu'ils s'observent dans

toutes les sténoses hautes du grêle peuvent être constatées, mais ce ne sont là que des signes de présomption.

Le signe fondamental qui permettra d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une sténose pylorique sera représenté par les vomissements bilieux qui signent la sténose sous-vatérienne.

Mais il faut bien constater que bon nombre de malades n'ont jamais vomi, d'autres n'ont présenté que des vomissements alimentaires, à moins que les vomissements bilieux n'aient passé inaperçus.

L'analyse du liquide retiré par tubage gastrique serait donc fort utile et pourrait montrer la présence de bile et de suc pancréatique et l'absence d'HCL neutralisé par les deux liquides précédents.

Le diagnostic entre la *sténose duodénale sous-vatérienne* et la *sténose du jéjunum* est encore plus difficile. Tous les symptômes pyloriques que l'on trouve dans les sténoses hautes du jéjunum sont classiques dans les sténoses sous-vatériennes. Il n'existe aucun caractère clinique permettant de distinguer ces deux localisations.

Dans les cas opposés où le carcinome du jéjunum ne donne qu'une symptomatologie strictement intestinale avec troubles du transit : la perception d'une tumeur, la fixité plus ou moins grande des douleurs, leur précocité d'apparition par rapport à l'ingestion alimentaire pourront aider à orienter les soupçons sur le jéjunum ou, en tous cas, sur la partie initiale de l'intestin grêle.

Mais, dans ces derniers cas et plus encore dans ceux où un état général déficient, l'amaigrissement et l'anémie forment à eux seuls tout le tableau clinique, le dernier mot appartiendra à la RADIOSCOPIE qui très fréquemment apportera, tant pour le diagnostic de sténose que pour celui de sa localisation, un appoint décisif.

3° Cette sténose est due à un épithélioma

En effet, la recherche de la cause de la sténose si elle est pour ainsi dire superflue au point de vue de la décision à prendre, est intéressante pour le pronostic à porter.

Laissant de côté le rétrécissement syphilitique, qui est assez rare, on peut dire qu'il faudra éliminer successivement :

La tuberculose qui paraît la cause la plus fréquente des rétrécissements du grêle ;

Les traumatismes ;

Les sténoses fibreuses inflammatoires.

En théorie, au moins, la tuberculose frapperait des sujets plus jeunes ayant des antécédents pathologiques plus chargés et une longue histoire antérieure. Elle donnerait, en général, des foyers multiples avec images de sténoses échelonnées et incomplètes avec une série d'anses agglomérées.

Parfois, présence de bacilles de Koch dans les selles.

Mais, ce sont là des signes qui peuvent être trompeurs.

On connaît les cas de Tixier et de Vrede où toutes les apparences et les constatations opératoires étaient en faveur du néoplasme, tandis que l'examen histologique affirmait ultérieurement la nature tuberculeuse des lésions.

Par contre, le malade de Chalier, bacillaire indiscutable, présentait une sténose jéjunale de nature néoplasique.

Les traumatismes seront le plus souvent révélés par l'interrogatoire et l'étude du passé du malade.

Les sténoses fibreuses et inflammatoires ne surviennent le plus souvent qu'après un passé pathologique assez précis. Elles ont été étudiées par Lejars qui conclut à leur grande rareté sur le grêle, par opposition au gros intestin où elles sont très fréquentes.

Brisset, à la Société de Chirurgie de Paris, en 1925, comparant deux rétrécissements du jéjunum, l'un inflammatoire, l'autre néoplasique, fait les remarques suivantes : « Le rétrécissement néoplasique, à évolution retardée, à compensation progressive, aboutit tardivement à une grosse rétro-dilatation, avec un faux syndrome pylorique. Le rétrécissement cicatriciel, rapidement constitué, donne un syndrome de Kœnig, avec ses coliques douloureuses, ébauches d'obstruction, vomissements bilieux. »

Si l'on est parvenu ainsi, par élimination, à poser le diagnostic étiologique de tumeur maligne, la discrimination entre CARCINOME et SARCOME est le plus souvent assez aisée car le sarcome ne donne pour ainsi dire jamais de signe de sténose ; il s'accompagne souvent d'élévation thermique, ce qui n'est pas le

cas pour le carcinome. Ce dernier, s'il n'est pas compliqué, affecte généralement la forme d'une tumeur annulaire beaucoup plus petite que le sarcome à la même période de développement.

Il sera donc intéressant, en principe, et satisfaisant pour l'esprit, d'aller aussi loin que possible dans le diagnostic.

En pratique, il est surtout essentiel de faire le diagnostic de sténose organique du grêle de façon aussi précoce que possible pour être amené à une intervention rapide qui se fera ainsi dans des conditions lui donnant des chances d'avoir un maximum d'efficacité.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT — PRONOSTIC

La conduite à tenir pour le traitement d'un carcinome du jéjunum varie suivant qu'on se trouve ou non en présence de phénomènes d'occlusion.

En dehors de toute période d'occlusion, l'intervention de choix est l'ENTERECTOMIE : résection large de la tumeur et du mésentère correspondant, avec les ganglions, et rétablissement de la continuité du tube digestif.

La résection devra dépasser largement les zones envahies par le néoplasme pour que la réunion soit exécutée en tissu sain. Plus on sera loin de la sténose, plus la suture des deux bouts sera facile. Elle se fera par entérorraphie terminale, avec ou sans bouton de Murphy ; soit termino-terminale, soit latéro-latérale ou termino-latérale, ces deux derniers procédés s'appliquant particulièrement aux cas dans lesquels il y a une différence de calibre entre les deux bouts d'intestin à suturer.

Pour que l'intervention soit radicale, il faut enlever les ganglions néoplasiques. Si l'infiltration ganglionnaire s'étend jusqu'à la racine du mésentère, l'extirpation n'est pas possible ; mais on peut parfai-

tement enlever les ganglions qui accompagnent les branches primaires de l'artère mésentérique supérieure. Il faut avoir soin, dans ce cas, de réséquer une grande portion de l'intestin et de ne pas lier le tronc même de l'artère mésentérique ; précaution capitale, d'autant plus facile à observer qu'on voit parfaitement, par transparence, les vaisseaux mésentériques. (Lecène).

La présence d'adhérences créera des difficultés opératoires, mais il est rare qu'elle puisse constituer une contre-indication véritable.

Le carcinome du jéjunum réclamera parfois des interventions complexes telles que celles utilisées contre les cancers de l'angle duodéno-jéjunal : résection et anastomose en Y par implantation du jéjunum dans l'estomac et du duodénum dans le jéjunum (Tatlow, Kusnetski).

En général, la résection est pratiquée en un temps.

Johnson l'a fait précéder d'une fistulisation du grêle en occlusion.

Cadenat a fait auparavant une anastomose de dérivation autour d'un cancer fistulisé et abcédé.

Gosset (1923) a pratiqué dans un premier temps une dérivation par anastomose et un traitement par *radiothérapie profonde*, dans un cas où la propagation lymphatique dans le mésentère et quelques petits noyaux sous-péritonéaux faisaient craindre de ne pas pouvoir pratiquer une exérèse assez large. Celle-ci put être faite aisément après les séances radiothérapiques. Les constatations histologiques furent particulièrement intéressantes, puisqu'elles per-

mirent d'affirmer la disparition des éléments épithéliomateux. Ce traitement a donc un intérêt capital et serait susceptible d'applications plus courantes.

Gosset se demande, par la suite, si on aurait pu éviter l'intervention et se contenter de la radiothérapie. Il ne le pense pas, estimant que celle-ci pratiquée avant l'entéro-anastomose, aurait eu bien des chances, par le travail cicatriciel provoqué, d'amener une sténose du grêle.

Faut-il voir dans la multiplicité des néoplasmes une contre-indication à l'intervention radicale ?

Il ne semble pas qu'on puisse, dans ce cas, établir de règle absolue, on restera dans le domaine de l'appréciation personnelle.

En présence de tumeurs multiples, on peut tenter de les enlever séparément, à condition qu'elles soient en petit nombre.

On peut aussi les enlever toutes d'une seule section, mais c'est là une opération très grave, tant en elle-même qu'à cause de la suppression d'une longue portion de l'organe de l'absorption ; on obtient parfois des guérisons opératoires, mais les survies sont brèves, les malades succombent au bout de quelque temps à des phénomènes de dénutrition.

M. Lenormant estime que l'on ne doit pas enlever plus de trois mètres d'intestin grêle.

Le pronostic étant dans l'ensemble plus sombre en cas de tumeurs multiples, il semble qu'il soit logique de tenter une résection, à condition, bien entendu, que les néoplasmes ne soient pas répartis sur une trop grande longueur.

Ce qui peut encore militer en faveur de l'intervention radicale, c'est le doute qui peut parfois exister au moment de l'intervention sur la nature exacte de ces sténoses multiples du grêle, la syphilis et la tuberculose pouvant donner des lésions macroscopiquement semblables.

Certains opérateurs se sont demandés jusqu'à quel point l'envahissement ganglionnaire très étendu, contr'indiquait une intervention radicale.

Une excision cunéiforme suffisante du mésentère permet l'ablation d'une chaîne ganglionnaire très importante. Par ailleurs, il faudra se souvenir que tout ganglion augmenté de volume n'est pas fatalement néoplasique, mais bien souvent inflammatoire.

Salmon a pu faire avec succès une résection tumorale dans un cas d'épithélioma perforé du jéjunum avec un envahissement très important des ganglions mésentériques.

Par contre, il semble que la généralisation du néoplasme doive, ici comme ailleurs, faire rejeter toute tentative d'opération radicale.

Le fait est indiscutable quand il s'agit de métastases hépatiques, par exemple.

Signalons cependant que, pour Mayo et Rankin, il est des cas où une résection est justifiée même en présence de métastases car, disent-ils : « Elle peut parfois être réalisée sur un segment mobile de l'intestin aussi facilement et avec aussi peu de dangers de contamination qu'une entéro-anastomose de dérivation. »

Il en est de même pour Hellstrom qui écrit : « Il

me semble que la résection devra être faite, même dans les cas de métastases indiscutables si les conditions ne sont pas trop mauvaises par ailleurs, car il est bien connu que l'extirpation du foyer primaire détermine un ralentissement dans l'accroissement des métastases.... »

Lorsque l'état du malade, les phénomènes d'occlusion ou des raisons anatomiques énumérées ci-dessus contre-indiquent l'entérectomie, on sera obligé de se contenter d'une intervention palliative.

Celle-ci sera soit une ENTÉROSTOMIE, soit une ENTÉRO-ANASTOMOSE.

A tous points de vue, l'entéro-anastomose paraît devoir être préférée. En effet, en établissant une communication entre deux anses intestinales au-dessus et au-dessous de la tumeur, elle a l'avantage d'utiliser une portion d'intestin beaucoup plus considérable.

En outre, quand les phénomènes d'occlusion sont la seule contre-indication, lorsqu'il n'y a ni envahissement ganglionnaire étendu ni métastases, elle permet, si elle est faite à une distance suffisante du néoplasme, de tenter par la suite l'exérèse de la tumeur dans un deuxième temps.

Alors même que les conditions anatomiques contre-indiquent formellement ce deuxième temps et que cette intervention palliative paraît devoir être définitive, les avantages de l'entéro-anastomose sur la simple entérostomie sont indiscutables.

Pour les suites opératoires, Venot et Parcellier donnent les chiffres suivants :

Entérostomie : mortalité de 75 % ;

Entéro-anastomose : mortalité de 40 %.

Ces auteurs concluent en disant que parmi les opérations palliatives, l'entéro-anastomose est l'opération de choix, l'entérostomie, l'opération de nécessité à réserver aux seuls malades dont l'état général contre-indique toute autre intervention.

D'Allaines fait remarquer que la simple jéjunostomie est très grave (3 morts sur 4 cas) elle est incapable de donner une survie prolongée.

PRONOSTIC

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il est des plus sombre et il ne semble pas que la plus grande précocité des diagnostics faits actuellement ait beaucoup amélioré le pronostic éloigné de l'affection.

Un grand nombre des observations publiées ne peuvent être utilisées pour l'évaluation de la durée moyenne des survies post-opératoires car, dans les cas heureux, le malade a été revu trois ou six mois après l'intervention, on a eu la satisfaction de constater que son état s'était considérablement amélioré, puis il est perdu de vue.

Le plus souvent, l'histoire du malade s'arrête à sa sortie de l'hôpital.

APRÈS INTERVENTION RADICALE, la résection étant faite à froid, en dehors des périodes d'obstruction, la mortalité immédiate est assez faible :

38 % pour Venot et Parcelier ;

15 % pour d'Allaines.

Dans les cas favorables, lorsque la tumeur n'a pas encore contracté d'adhérences, que la résection peut être faite largement et l'anastomose sans traction aucune, on peut avoir des résultats éloignés encourageants ; Venot et Parcelier parlent même de guérisons définitives.

Un malade de Schede meurt de broncho-pneumonie neuf ans après l'intervention.

Deux malades de Kummer et de Mickulicz sont revues sept ans et cinq mois après l'ablation du néoplasme et ne présentent pas de récidives.

Quarante-trois pour cent des malades seraient encore en vie un an après l'intervention.

Un des résultats les plus brillants est présenté par Mac Craig, avec une survie de 14 ans.

Les 30 carcinomes du jéjunum opérés à la clinique Mayo et suivis par Mayo et Nettrour ont donné des survies allant de :

Trois jours à 4 et 7 ans.

De plus, deux des malades opérés en 1929 étaient encore en vie en 1937. Chez trois de ces malades qui ont eu des résultats post-opératoires si satisfaisants, des méiastases avaient été notées lors de l'intervention ; il paraît donc difficile d'établir un pronostic, ni même d'avoir une opinion bien nette sur les causes qui expliquent certaines survies particulièrement longues.

D'après les recherches de Mac Craig, le pronostic après les interventions serait un peu plus favorable

dans les cas d'épithélioma du jéjunum que dans ceux qui siègent sur l'iléon.

LES INTERVENTIONS PALLIATIVES. s'appliquant à des cas plus graves ou à des malades dont l'état général est beaucoup plus atteint, donnent, comme on pouvait s'y attendre, des résultats beaucoup moins satisfaisants.

Pour d'Allaines, une mort rapide surviendrait dans 60 % des cas.

Cependant un malade de Chalier a eu une survie de 14 mois.

Sur une série heureuse de 14 cas d'anastomose en dérivation, d'Allaines trouve 2 morts, 12 guérisons opératoires, 8 de ces derniers malades ayant pu être suivis pendant un laps de temps allant de 8 mois à 2 ans.

Quelle que soit l'intervention que l'on a pu pratiquer, mises à part d'heureuses exceptions, le *prognostic de l'épithélioma du jéjunum* est donc particulièrement *défavorable*.

On peut se demander, avec Rankin et Mayo, si l'activité digestive de cette portion du canal alimentaire, son abondante irrigation lymphatique et le degré avancé de malignité de ces néoplasmes, ne sont pas des facteurs importants de la gravité de ce pronostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Pr. Chalier; Dr. Mallet-Guy)

Inédite.

Sav... César, 58 ans, employé, est envoyé à l'hôpital de la Croix-Rousse le 12 juin par le professeur Chalier pour troubles du transit.

Dans ses antécédents, on note qu'il a fait la guerre en Orient où il a contracté paludisme et dysenterie; il n'a pas présenté de crises depuis son retour en France.

L'affection actuelle a débuté il y a dix mois environ par des troubles dyspeptiques. Le malade raconte qu'après les repas il se sent ballonné, il a l'impression qu'une « tumeur » intermittente se forme dans sa fosse iliaque gauche avec sensation de coliques douloureuses ; puis apparaissent des gargouillements et des bruits hydro-aériques, la tumeur disparaît et tout rentre dans l'ordre.

Depuis trois mois environ le malade présente tous les deux jours de grands vomissements bilieux survenant une heure après les repas et entraînant un soulagement immédiat. Il n'aurait jamais présenté de vomissements alimentaires.

Par ailleurs pas d'hématémèses, ni de mœlena ; ni diarrhée, ni constipation. Anorexie assez marquée pour les viandes et les graisses.

Amaigrissement de 8 kilogs en 10 mois.

A l'entrée dans le service, on se trouve en présence d'un malade au faciès un peu pâle et amaigri, mais qui paraît présenter un état général bien conservé. Actuellement il ne se plaint d'aucun trouble douloureux, et pendant tout son séjour à l'hôpital il ne présentera pas de vomissements.

A l'examen de l'abdomen, on constate que l'estomac a un volume apparemment normal ; par la percussion on détermine du clapotage à son niveau, tandis qu'une autre zone de clapotage de tonalité différente est trouvée dans la fosse iliaque gauche. Pas d'ondes péristaltiques.

Le reste de l'examen est entièrement négatif.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'urée sanguine est à 0,33 p. 1000.

La réaction de Weber dans les selles est négative (4 examens successifs).

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (Dr. Boudènes). — L'évacuation de l'estomac s'effectue au travers d'une région pyloro-duodénale dont les contours sont anormaux : le bulbe duodénal est écrasé, très étiré latéralement, il est presque linéaire. Il s'agit là de déformations dues probablement à l'existence d'une périiduodénite assez ancienne.

Au fur et à mesure que l'évacuation se continue on voit apparaître dans la fosse iliaque gauche un niveau opaque liquide.

L'examen des clichés radiographiques permet de détailler les images intestinales :

I. — Bulbe duodénal écrasé.

II. — Première anse jéjunale avec niveau liquide à sa partie inférieure (anse dilatée).

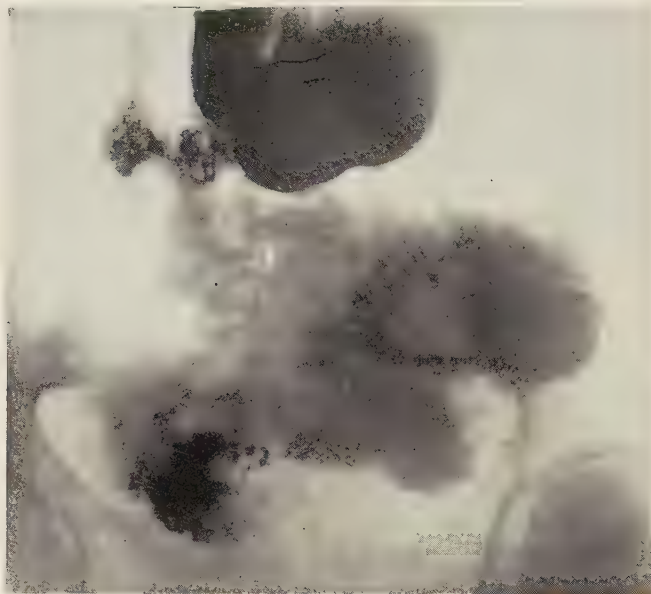
III. — Niveau liquide horizontal.



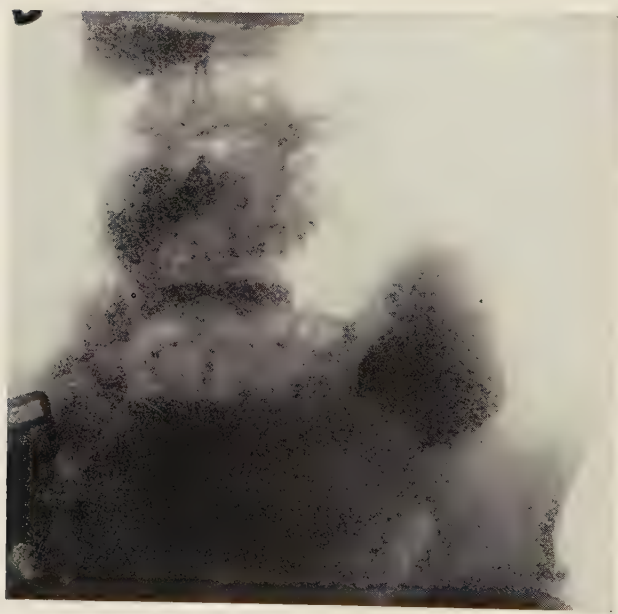
N° I



N° II



Nº III



Nº IV

IV. — Portion suivante de l'intestin grêle qui paraît sténosée sur 5 ou 6 centimètres.

V. — Anses grêles sous-jacentes de volume normal.

Une dernière radiographie faite avec introduction directe de bouillie barytée dans la première anse grêle par le tube d'Einhorn confirmait la *dilatation sus-stri-turale du jéjunum*.

INTERVENTION LE 26 JUIN 1939 (Dr. Mallet-Guy). — L'image radiologique obtenue par l'examen radiographique de l'anse dilatée par la bouillie barytée permet de poser de façon précise le diagnostic d'*épithélioma du jéjunum* avec toutes les réserves pronostiques qu'il comporte.

Anesthésie locale. Laparotomie épigastrique médiane.

Il s'agit effectivement d'un épithélioma du jéjunum gros comme une noix, siégeant à 15 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal. En amont dilatation considérable, en aval intestin rétracté. La tumeur est parfaitement circonscrite, mais après dissection des adhérences qui masquent la partie supérieure du mésentère, on se rend compte qu'il existe une adénopathie néoplasique importante qui rendrait illusoire toute tentative d'exérèse.

I. — Contre l'artère mésentérique, à la racine du mésentère, il y a trois ganglions gros comme des amandes ; ceux-ci seraient extirpables, mais :

II. — En descendant le grêle on constate qu'il existe à perte de vue, c'est-à-dire jusqu'à 1 m. 50 de la tumeur, des greffes néoplasiques ganglionnaires : petits ganglions tous semblables, gros comme des lentilles situées de 6 en 6 centimètres entre la dernière arcade et l'intestin.

Il existe donc un blocage lymphatique secondaire qui rendrait illusoire une exérèse.

Il serait intéressant, dans les suites opératoires, d'observer comment se fait l'absorption des graisses.

On fait une large jéjuno-jéjunostomie.

Suture en trois plans.

Suites opératoires simples.

Un examen radioscopique avec bouillie barytée permet de constater que l'anastomose fonctionne parfaitement.

Vingt jours après l'intervention le malade est pesé, on constate qu'il a encore perdu 3 kilogs, malgré une reprise rapide d'alimentation normale et un excellent appétit.

Un examen du sang fait le 15 juillet montre :

G. R.	4.216.000
G. B.	3.000
Hémoglobine	60
Valeur globulaire	0,71

On procède également avant le départ du malade à une *épreuve de contrôle de l'absorption des graisses* après repas de Gaultier.

Elle donne les résultats suivants : La présence d'une quantité importante de savon montre que les fonctions biliaires et pancréatiques ne sont pas diminuées. L'absorption est légèrement inférieure à la normale, 90 % des graisses utilisées au lieu de 95 % chiffre normal.

Le 29 août 1939, le malade revient dans le service, son état général est excellent, il a pris 11 kilogs depuis l'intervention.

Bon appétit ; transit gastro-intestinal normal.

Une deuxième intervention est décidée pour tenter l'exérèse de la tumeur.

INTERVENTION LE 25 AOÛT 1939 (Dr. Mallet-Guy). — A. L. Laparatomie. La tumeur a un peu rétrocedé ; l'anastomose est très perméable. L'exérèse serait facile,

mais il existe des ganglions proches et le chapelet ganglionnaire systématique du mésentère. Ces ganglions sont un peu moins visibles car le mésentère est gras.

On pratique plusieurs prélèvements ganglionnaires, tant dans la zone avoisinante qu'à distance. Il semble que ces ganglions sont envahis mais la contre-indication la plus sûre est donnée par l'existence de *greffes sous-péritonéales du bord convexe de l'intestin* non seulement près de la tumeur, mais encore à distance, si bien qu'il semble inutile de faire courir un risque à ce malade.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE des ganglions prélevés montre des travées de sclérose plus ou moins épaisses avec réticulose ganglionnaire inflammatoire diffuse. Pas d'éosinophiles. Quelques rares grandes cellules multinucléées (Dr. Plauchu).

Un fragment de métastase avait été prélevé, mais fut malheureusement égaré, son examen ne put donc être pratiqué.

OBSERVATION II (Denis et Charrier)

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 avril 1922.

Malade de 55 ans qui vient consulter en avril 1921 pour des troubles digestifs apparus depuis deux mois.

Il s'agit de vomissements très abondants, liquides, de couleur verte.

Deux tubages gastriques permettent d'évacuer chaque fois 2 litres de liquide verdâtre.

Rien de particulier à signaler par ailleurs, si ce n'est un syndrome de déshydratation très intense : langue

sèche, peau sèche, fonte rapide du tissu adipeux. Pouls rapide, hypotension, urines rares.

L'exploration de l'abdomen ne révèle rien d'anormal ; on ne perçoit pas de tumeur.

L'examen radioscopique après repas bismuthé ne révéla rien de précis, sinon qu'il était impossible de distinguer la région pyloro-duodénale.

On porte le diagnostic d'occlusion sous-vatérienne, soit par calcul biliaire, soit par tumeur ; l'intervention est différée, car on veut essayer auparavant de remonter l'état général de la malade.

Par ailleurs, la recherche du sang dans les selles est négative.

La malade rentre chez elle, mais revient deux mois plus tard, les vomissements étant réapparus.

L'INTERVENTION permet de constater que l'obstacle siège sur le jéjunum à 15 centimètres environ de son origine ; il s'agit d'un néoplasme. A ce niveau, l'intestin est étranglé par une zone étroite de tissu dur, comparable à une ligature. Au-dessus, le jéjunum est fortement élargi, ses parois sont rouges, épaissies ; au-dessous, l'intestin est au contraire diminué, de consistance et d'aspect normaux.

Pas de ganglions, aucune adhérence.

Résection intestinale portant sur 5 ou 6 centimètres au-dessus et au-dessous de la lésion avec détachement du coin mésentérique correspondant. En présence de l'inégalité circonférencielle des deux bouts intestinaux on fait une anastomose termino-latérale.

Suites opératoires parfaites ; l'état général s'améliore à vue d'œil. Quatre mois après on constate l'existence d'une grosse masse collée à la colonne vertébrale. *Récidive*.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Epithélioma cylindrique.

OBSERVATION III (Doubs et Jones)

Radiology, 1936.

Femme de 60 ans. Se plaint d'anorexie, d'amaigrissement, de constipation. Ces signes ont débuté en septembre 1934 et ont été en s'aggravant.

Elle a présenté du ballonnement, des nausées, des vomissements ; ces derniers surviennent une heure après le repas et la soulagent, ils sont de teinte verdâtre.

Gargouillements et crampes abdominales.

A L'EXAMEN. — Femme amaigrie. Abdomen souple. A gauche de l'ombilic des contractions intestinales sont perçues, sous forme de masses intermittentes de la taille d'un œuf.

Examen du sang :

G. R. 4.210.000

G. B. 11.000

Présence de sang dans les selles.

Chimisme gastrique : pas d'HCl libre.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE. — Estomac dilaté, hypotonique, conservant la moitié de son contenu après six heures. Obstruction du jéjunum à 40 centimètres de son extrémité supérieure, l'intestin est nettement dilaté au-dessus de cette sténose.

On a l'impression que cette obstruction jéjunale doit être causée par une tumeur maligne.

INTERVENTION. — On extériorise facilement la première portion dilatée du duodénum et avec elle on entraîne la zone sténosée qui semble avoir été cerclée d'une ficelle.

A la palpation on sentait la tumeur cause de l'obstruction ; contre cette tumeur, il existait une deu-

xième masse perceptible dans le mésentère et d'autres plus petites se trouvaient plus haut. On pensa qu'il s'agissait de métastases.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — 15 centimètres de jéjunum ayant 6 ou 8 centimètres de circonférence. Au centre se trouve la zone sténosée occupée par une masse fongueuse de 3-4 centimètres de diamètre.

Il existe un ganglion hypertrophié dans le mésentère adjacent à la tumeur.

HISTOLOGIQUEMENT. — Adéno-carcinome du jéjunum.

OBSERVATION IV (Kalayjian)

Radiology, 1937.

Homme de 39 ans, vu pour la première fois par l'auteur le 7 mars 1936.

A ce moment il se plaignait de vagues douleurs abdominales sans localisation précise, accompagnées occasionnellement de nausées et de vomissements. Un peu de diarrhée, pas de constipation.

Tous ces signes remontaient à trois mois et persistaient, sauf les vomissements qui cessèrent au bout de six semaines.

Jamais de sang, de pus ou de mucosités dans les matières.

L'examen radiographique avec bouillie barytée ne montra rien d'anormal.

Le malade fut revu le 26 mai 1937 à son entrée à l'hôpital, se plaignant de vomissements très fréquents, de perte de poids et de force.

Il ne supportait plus qu'une alimentation semi-liquide.

Il présentait des douleurs abdominales intermittentes, peu intenses et sans rapport avec les repas.

Pas de ballonnement abdominal localisé.

Amaigrissement de 30 kilogs depuis cinq mois.

A L'EXAMEN. — Homme très amaigri. Léger ballonnement abdominal avec quelques ondes péristaltiques à la partie supérieure de l'épigastre. Ganglions inguinaux perceptibles.

Examen du sang :

G. R.	4.170.000
G. B.	8.300
Hémoglobine	84 %

UN NOUVEL EXAMEN RADIOGRAPHIQUE révèle à présent, après une traversée normale de l'estomac et du duodénum, un retard net du transit de la bouillie barytée à travers l'intestin grêle.

Six heures après le repas baryté, il existait une rétention considérable dans l'estomac et le jéjunum et pas de baryte dans les anses iléales et le côlon.

Après vingt-quatre heures, l'estomac était pratiquement vidé et la majeure partie de la baryte était amassée au niveau de l'hypochondre gauche, dans le jéjunum, une petite partie étant parvenue au côlon.

Après trente-deux heures, l'estomac est à nouveau partiellement rempli du fait de vagues anti-péristaltiques ayant fait refluer la baryte du jéjunum dans l'estomac.

On fit le diagnostic d'obstruction presque totale du jéjunum ou de la partie initiale de l'iléon peut-être par tumeur.

INTERVENTION. — Une tumeur dure, annulaire, fut trouvée à 30 centimètres du ligament de Treitz. Il existait de multiples ganglions lymphatiques hypertrophiés et indurés dans le mésentère.

Des adhérences rendaient impossible l'exérèse de la

tumeur. On fit une anastomose au-dessus et au-dessous de la lésion.

Prélèvement d'un ganglion et d'un fragment de tumeur pour examen.

L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE montra qu'il s'agissait d'adéno-carcinome du jéjunum avec métastases lymphatiques.

Suites opératoires un peu longues, mais sans incidents.

Malade revu le 7 décembre 1936, ne présentant aucun phénomène abdominal et ayant repris 20 kilogs.

Un examen radiologique montra que l'estomac et le duodénum étaient normaux, mises à part quelques crénelures de la courbure inférieure du duodénum dues à des masses résistantes qui se révélèrent à la palpation être des nodules métastatiques.

Transit intestinal normal.

Décès en mai 1937, un an après l'intervention. Pas d'autopsie.

OBSERVATION V (Proescher et Muir)
Amer. Journ. of Cancer, May 1935.

Homme de 52 ans, hospitalisé le 2 novembre 1933.

A toujours été en excellente santé jusqu'à six semaines avant son hospitalisation ; il s'est mis alors à présenter des crises douloureuses épigastriques avec nausées et vomissements.

Ces crises douloureuses reviennent périodiquement et depuis trois semaines le malade ne garde rien de ce qu'il absorbe.

Il n'a pas été à la selle depuis cinq jours, malgré des lavements répétés.

Amaigrissement de 5 kilogs.

A L'EXAMEN on constate une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite, avec dans cette région une masse qui disparaît à la pression. Des ondes péristaltiques sont visibles.

Sensibilité diffuse de tout l'abdomen ; pas de contractions.

Le reste de l'examen est négatif.

EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Le duodénum se remplit normalement de bouillie barytée, ses contours sont nets. La bouillie passe rapidement dans le jéjunum qui accuse une distension très marquée de sa première portion avec arrêt de la baryte en ce point. Il existe un peu de douleur à la pression dans cette région. Six heures après la baryte atteignait le côlon transverse. A ce moment l'anse jéjunale était encore visible, très distendue et traversée de vigoureuses ondes péristaltiques.

Au bout de vingt-quatre heures, persistance d'une stase gastrique considérable. L'intestin grêle n'est pas évacué et il y a de la baryte du cæcum à l'angle splénique. A gauche, sous l'estomac, entre ce dernier et l'angle splénique, persistance d'une ombre arrondie qui semble correspondre à un résidu baryté dans le jéjunum.

L'examen radiographique indiquait donc une obstruction du jéjunum à 12 ou 15 centimètres sous l'angle duodéno-jéjunal.

La bouillie barytée refluit du jéjunum dilaté dans l'estomac. Une niche arrondie au niveau de l'obstruction faisait penser à une tumeur intestinale, peut-être de nature polypoïde.

INTERVENTION. — Tumeur sténosante du jéjunum à 30 centimètres du ligament de Treitz, de la taille d'un citron, adhérente à la fosse iliaque droite. Hypertrophie du jéjunum sus-jacent.

L'envahissement lymphatique des ganglions du mésentère jéjunal était trop étendu pour permettre leur ablation totale.

Exérèse de la tumeur avec 20 centimètres de jéjunum. Anastomose latéro-latérale.

Suites opératoires normales. Guérison.

Examen de la pièce : Tumeur annulaire sténosante ayant infiltré toute la paroi intestinale.

HISTOLOGIQUEMENT. — Carcinome.

OBSERVATION VI (Gravier, Treppoz et Dauvergne)

Lyon Médical, 8 Décembre 1935.

Malade envoyé pour sténose pylorique.

Aucun passé digestif dans les antécédents.

Les troubles remontent à trois mois : ce sont des douleurs, genre coliques, localisées dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, un peu au-dessous de l'ombilic, survenant environ une heure après les repas. Des vomissements apparurent, d'abord purement liquides, puis alimentaires avec de la bile (à noter qu'au début, il y a trois mois, les vomissements étaient uniquement bilieux, sans aucun résidu alimentaire).

A L'EXAMEN on ne constate *pas d'ondes péristaltiques*, mais *deux signes positifs* : un clapotage marqué ; une sensation de tension de tout l'hypochondre gauche.

L'état général est bien conservé malgré un amaigrissement de 19 kilogs.

La seule présence de bile dans les vomissements nous fait soupçonner une sténose sous-vatérienne que l'on confirme par des *radioscopies* et *radiographies en séries*

qui montrent : une stase gastrique à jeun ; un pylore forcé ; un duodénum plein de baryte, dilaté à partir de sa troisième portion ; un jéjunum extrêmement dilaté, de la dimension d'un côlon ; à 10 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, un arrêt franc mais incomplet, un mince filet de baryte forçant l'obstacle.

Il s'agit donc d'une sténose du jéjunum, remontant à plus de trois mois, mais de quelle nature ? Trois hypothèses sont à soulever : la tuberculose ; l'étranglement par bride ; le néoplasme.

Les deux premières sont éliminées, étant donnée l'histoire de l'affection et l'absence d'antécédents. Le néoplasme est retenu : soit néoplasme de l'angle gauche avec propagation à l'angle jéjunal, mais on ne sent pas la tumeur, il n'y a pas de troubles coliques nets, et une radiographie trois jours après ne montre pas d'obstacle à l'angle colique gauche.

L'hypothèse de néoplasme en ficelle du grêle est la plus séduisante, bien qu'on ne puisse l'affirmer vu sa rareté.

L'INTERVENTION confirme le diagnostic.

Première anse jéjunale distendue, terminée en aval par une virole très serrée. L'ensemble rappelant une sténose pylorique avec estomac distendu. Tumeur du jéjunum en virole actuellement peu envahissante. Résection cunéiforme du mésentère.

Entérectomie. Suture termino-terminale.

Suites excellentes. Trois semaines après l'intervention le malade quitte l'hôpital, il digère parfaitement, a repris 3 kilogs.

HISTOLOGIQUEMENT. — Epithélioma.

OBSERVATION VII (Barnhart)
Amer. Journ. of Med. Assoc., 1933.

Homme de 58 ans, entré le 18 mai 1927 pour une histoire de constipation chronique opiniâtre *remontant à dix ans* et des troubles gastriques datant de deux ou trois ans : sensations de brûlures au niveau de l'estomac, survenant au début et à la fin de l'après-midi, parfois la nuit, toujours soulagées par les alcalins ou une ingestion alimentaire.

Ces symptômes ne survenaient pas tous les jours.

Jamais de vomissements, quelques régurgitations.

Pas de sang dans les selles.

De mai 1927 à mars 1931 il fut examiné chaque année à la clinique sans que l'on trouve rien de grave à retenir. Mais *en mai 1932* il se plaint d'épuisement, de constipation opiniâtre, de vomissements persistants depuis trois ou quatre semaines. Durant ce laps de temps il a perdu 5 kilogs.

A L'EXAMEN. — Abdomen souple ; pas de tumeur perceptible. On tente de préciser un diagnostic de sténose pylorique.

Le chimisme gastrique donne des chiffres à peu près normaux.

L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE avec bouillie barytée montra qu'il fallait environ trois heures pour obtenir l'évacuation complète de l'estomac.

En plus d'un certain degré de dilatation du duodénum, il existait une dilatation très marquée d'une anse jéjunale et une mobilité très diminuée à ce niveau. Il persistait de la baryte dans cette anse huit heures après.

Un nouvel examen fait après absorption de teinture de belladone et un troisième après injection d'atropine

montrèrent la persistance de la dilatation de l'anse jéjunale. Il ne s'agissait donc pas d'un spasme, mais très probablement d'un néoplasme du jéjunum.

INTERVENTION. — Les 20 premiers centimètres du jéjunum étaient considérablement dilatés, de la taille de l'avant-bras. La portion dilatée était suivie, à environ 30 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal d'un néoplasme sténosant ayant l'aspect d'un carcinome.

La portion de l'intestin sous-jacent était atrophiée.

Il y avait un groupe de 8 ou 10 ganglions hypertrophiés dans le mésentère, en regard du néoplasme.

Résection de 45 centimètres d'intestin grêle.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome avec métastases dans les ganglions mésentériques.

Suites normales.

Le malade est revu en février 1933, il est en excellent état, il a repris 13 kilogs.

OBSERVATION VIII (Aubert)

Archiv. Franco-Belges de Chir., 1923.

Femme de 58 ans, *souffrant depuis cinq à six ans* de troubles digestifs paraissant liés à une dyspepsie intestinale avec diarrhée fréquente surtout post-prandiale s'accompagnant de coliques. Pas de mœlena.

Aucun trouble gastrique notable.

Sous l'influence d'un régime, pendant un an, les crises intestinales parurent s'espacer et l'état général s'améliorer.

Depuis huit à 10 mois, les troubles intestinaux ont repris, entraînant de l'anémie et un amaigrissement qui va en s'accroissant.

De plus, la malade présente très souvent une *douleur intense* qui débute brutalement *trois quarts d'heure environ après l'ingestion alimentaire* en coup de couteau sous les fausses côtes gauches. Elle cesse aussi brusquement, comme si quelque chose avait passé, laissant la malade fatiguée et affaiblie. Il existe une autre zone douloureuse moins nette au-dessus du cæcum.

La diarrhée persiste, elle a les caractères d'une diarrhée séreuse.

On découvre à l'examen, au voisinage de la zone où siège la douleur spontanée, une *petite tumeur* légèrement mobile.

EXAMEN DU TUBE DIGESTIF. — *Le tubage à jeun* ne montre aucune rétention.

Le chimisme gastrique donne : petite quantité d'acide lactique. HCl libre présence nette. Présence de peptones. Acidité totale de 2 gr. environ.

Réaction de Weber négative.

Par contre, dans les selles, la réaction de Weber est plusieurs fois positive.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — Estomac ptosé avec péristaltisme exagéré. Aucun arrêt du bol opaque, mais lenteur considérable de la progression dans la dernière partie du grêle et dans le côlon si bien qu'à la soixante-quatrième heure la baryte séjourne encore dans le côlon descendant.

Le point douloureux recherché à la palpation sous l'écran est au voisinage de l'angle splénique, nettement en dehors de la grande courbure.

La malade est vue par le Dr. Aubert au début de juin 1922 : l'état de déchéance physique frappe au premier abord : pâleur cireuse, décoloration des muqueuses, amaigrissement considérable.

Le ventre, un peu ballonné, se laisse examiner facilement.

La palpation montre à gauche, vers le bord externe du grand droit, à trois travers de doigt du rebord thoracique, *deux petites masses arrondies*, fermes (la plus grosse, la plus externe ayant le volume d'une noix), sensibles, que l'on peut déplacer vers la ligne médiane. Elles paraissent solidaires et se déplacent ensemble.

Aucun gargouillement, pas de péristaltisme visible, pas d'adénopathies. Il ne nous parut pas possible à ce moment de préciser le siège anatomique exact de la tumeur. Mais il nous sembla certain que nous nous trouvions en présence d'un néoplasme digestif et l'intervention fut décidée.

INTERVENTION LE 22 JUIN 1922. — Incision transversale gauche sus-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen la tumeur se présente. Elle siège sur la première partie du jéjunum, elle comprend un noyau du volume d'une petite noix, nouant l'intestin, et une énorme adénopathie mésentérique qui va jusqu'à la racine du méso; faible adhérence postérieure au méso, décollable au doigt. Au-dessus, le grêle ne présente aucune distension, il est normal jusqu'au noyau.

Résection en bloc de la masse ganglionnaire et de 30 centimètres d'intestin environ.

Suites simples, mais phlébite.

Trois mois après, la malade a repris 3 kilogs.

Après dix-huit mois, elle se présente en excellent état de santé; à l'examen l'abdomen est souple et ne présente rien d'anormal.

HISTOLOGIQUEMENT. — Epithélioma cylindrique typique.

OBSERVATION IX (Rowe et Neely)
Radiology, 1937.

Femme de 67 ans, examinée le 18 octobre 1932.

Se plaint de vomissements et de constipation.

Le début de l'affection remonte à cinq mois, il fut marqué par des vomissements qui ont été en s'accroissant. Il en est de même de la constipation. L'appétit est resté assez bon jusqu'aux jours qui précèdent l'examen.

A L'EXAMEN. — Femme amaigrie, déshydratée avec hypertrophie cardiaque et râles pulmonaires aux deux bases.

L'abdomen est distendu. Dans la région épigastrique on voit se dessiner une tumeur qui disparaît après des vomissements alimentaires et bilieux.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE. — Obstruction à 30 centimètres environ du début du duodénum, probablement à la fin de celui-ci. La sténose qui est pratiquement complète a entraîné une dilatation considérable de la portion sus-jacente. On ne peut préciser si cette sténose est due à une tumeur maligne, à un processus inflammatoire ancien ou à des adhérences.

Par ailleurs, le consultant de pathologie interne note :
« Lésion sténosante dans la partie haute de l'intestin grêle, probablement le jéjunum. La cause de l'obstruction ne peut être précisée. L'adéno-carcinome est rare à ce niveau. »

LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — Jéjunum dilaté avec tumeur sténosante.

Résection de la tumeur. Anastomose termino-terminale.

Mauvais pronostic. Décès quatre jours après.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — 10 centimètres de jéjunum ont été réséqués. Il existe une zone de constriction à la partie moyenne en forme de col, blanchâtre, s'étendant aux trois quarts de la circonférence intestinale.

La masse obstrue presque complètement la lumière intestinale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Adéno-carcinome du jéjunum.

OBSERVATION X (Raiford)

Archiv. of Surg., 1932.

Homme de 53 ans, entré à l'hôpital Saint-Agnès le 7 mai 1920 se plaignant de nausées et de vomissements qui auraient débuté il y a huit mois.

Ces crises survenaient d'abord toutes les trois ou quatre semaines, mais sont progressivement devenues plus fréquentes et plus marquées.

Depuis deux mois : perte de l'appétit, amaigrissement, constipation.

Depuis quelque temps : douleurs sourdes, diffuses, dans l'hypogastre.

A L'EXAMEN. — Sujet pâle, émacié, presque cachectique.

Ballonnement abdominal modéré ; pas de zones douloureuses ; pas de tumeur perceptible.

Le chimisme gastrique montre l'absence d'HCl libre.

Présence de sang dans les selles.

Globules rouges : 2.200.000.

Hémoglobine : 56 %.

On porte le diagnostic de carcinome du tractus gastro-intestinal.

INTERVENTION LE 10 MAI 1920. — La laparotomie

permet de constater l'existence d'une tumeur annulaire, située à la partie moyenne du jéjunum.

Les ganglions du mésentère adjacent sont durs et hypertrophiés.

On résèque 13 centimètres d'intestin grêle et on fait une anastomose termino-terminale.

Le malade se remet lentement et quitte l'hôpital deux mois plus tard, amélioré.

Il revient le 2 décembre 1920, présentant les mêmes symptômes qu'avant l'intervention.

DEUXIÈME OPÉRATION. — Des métastases sont apparues sur la paroi abdominale et dans la cavité péritonéale. Pas d'action possible.

Le malade meurt dix jours plus tard.

L'examen macroscopique du fragment intestinal réséqué montrait une tumeur annulaire encerclant le conduit intestinal et l'ayant presque totalement obturé. L'intestin était dilaté au-dessus et atrophié en deçà.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE montrait l'existence prédominante d'une hypertrophie glandulaire diffuse avec envahissement et dissociation de la sous-muqueuse et de la tunique musculaire.

Les cellules conservaient une disposition alvéolaire mais étaient déformées. Nombreuses figures de mitose.

Les ganglions lymphatiques prélevés étaient le siège d'abondantes métastases de cellules néoplasiques.

DIAGNOSTIC. — Adéno-carcinome.

OBSERVATION XI (A. Chalier)
Soc. de Chir. de Lyon, 23 février 1933.

Histoire clinique : homme de 48 ans. Début il y a environ six mois par des douleurs péri-ombilicales, par des coliques qui sont allées en s'accroissant de plus

en plus, en s'accompagnant de gargouillements et aussi de vomissements, d'abord espacés, puis quotidiens, aqueux, très abondants.

Amaigrissement de 10 kilogs.

Perception intermittente d'une tumeur mobile dans l'hypochondre gauche.

EXAMEN RADIOLOGIQUE récent (Dr. Cottet). — Estomac tout petit, sans signes de sténose, pylore parfaitement perméable ; rien non plus dans le carrefour sous-hépatique. J'ai eu la surprise, trois heures après l'ingestion, de trouver à gauche une anse grêle tellement dilatée que j'ai hésité longtemps avant de mettre une étiquette, croyant tout d'abord qu'il s'agissait du côlon descendant dont la largeur aurait été très anormale. Pour vérifier, j'ai repris l'examen dans l'après-midi. Le cadre cœlique était alors injecté et de dimensions normales.

J'ai redonné de la bouillie qui, trois quarts d'heure plus tard, me fournissait à nouveau l'image du matin, et comme le gros intestin était injecté, il ne pouvait s'agir que d'une anse grêle.

INTERVENTION LE 4 FÉVRIER 1933. — Laparotomie médiane sus-ombilicale : rien à l'estomac. Découverte facile d'une anse grêle énorme, aussi grosse que l'avant-bras, sur les 40 premiers centimètres du jéjunum ; au-dessous, le calibre de l'intestin est normal. A la jonction des deux portions se trouve un rétrécissement en virole, très serré et très dur, complètement mobile, sans adhérences, sans le moindre ganglion dans le mésentère. Résection intestinale large, à plus de 10 centimètres de part et d'autre de la virole, avec résection cunéiforme du mésentère. Anastomose termino-terminale à la suture au noirgut en trois plans avec suture des deux lèvres du méso.

Fermeture complète de la paroi en trois plans avec

huit points perdus aux crins de Florence, à nœuds inversés.

Suites des plus simples. Lever précoce le troisième jour. Départ le douzième jour.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Elle ressemble en tous points au cancer en virole de l'S iliaque ; rétrécissement très serré, on a l'impression très nette d'un cancer. Pas de ganglions dans le mésentère.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE (Dr. Dechaume) montra qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire de l'intestin envahissant profondément les couches musculaires.

OBSERVATION XII (Newton)
New Engl. Journ. of Med., fév. 1930.

Femme de 52 ans, entrée à l'hôpital le 10 novembre 1926 avec le diagnostic d'anémie.

Depuis trois ans atteinte progressive de l'état général, perte de poids modérée. Teinte jaunâtre des téguments.

Cedème et fourmillements des membres inférieurs.

Pas de signes gastro-intestinaux, mis à part un peu d'anorexie.

Le médecin de famille fit le diagnostic d'anémie.

Les examens radiographiques du tractus gastro-intestinal furent négatifs.

La déglutition des aliments solides devenant plus difficile, la malade fut admise à l'hôpital pour diagnostic et traitement.

L'EXAMEN montrait une femme affaiblie, mais en assez bonne condition physique. La peau était d'un jaune pâle ; la langue normale.

Cœur un peu hypertrophié ; souffle systolique râpeux dans la région précordiale.

L'abdomen n'était pas distendu.

Cedème des membres inférieurs. Examen d'urines négatif.

Des recherches du sang dans les selles faites en série, furent négatives.

Examen du sang : . . .

Hémoglobine : 10 à 15 %.

G. R. : 900.000 à 1.000.000 par cc.

G. B. : chiffre et formule normaux.

Cet hémogramme fut interprété comme rentrant dans le groupe des anémies secondaires d'étiologie inconnue ; car il ne renfermait aucune des anomalies qui se rencontrent dans les anémies primitives.

L'état général était si mauvais que malgré une transfusion, la mort survint deux jours après l'hospitalisation.

AUTOPSIE. — Cœur dilaté et hypertrophié, pesant 500 grammes.

On eut la surprise de trouver une tumeur de 6 centimètres de longueur, enserrant sans l'obstruer complètement le jéjunum, à 20 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

L'intestin sus-jacent à la tumeur n'était pas hypertrophié et la lumière n'était pas dilatée.

La tumeur avait poussé à travers la paroi du jéjunum, au niveau de l'insertion mésentérique ; elle avait envahi le mésentère et un ganglion lymphatique adjacent.

Un examen complet fut pratiqué, mais il ne fut pas trouvé de métastases.

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE montra un adéno-carcinome typique. Les cellules étaient en forme de colonnes, disposées en formations glandulaires, avec noyaux hyperchromatiques et nombreuses mitoses.

Le stroma était assez peu abondant.

La tumeur avait érodé, envahi et distendu la séreuse. Le mésentère adjacent et un ganglion lymphatique furent trouvés presque complètement remplacés par des cellules néoplasiques.

OBSERVATION XIII (Brunschwig)

Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Et. du Canc., 1936.

Femme de 65 ans, admise à la clinique universitaire de Chicago le 21 août 1935, se plaint de : amaigrissement de 2 kil. 500 ; faiblesse progressive ; palpitations ; dyspnée.

Tous ces signes datent de six semaines, auparavant la malade se portait très bien.

Il n'y avait pas de signes gastro-entéraux.

A L'EXAMEN. — Femme en assez bon état ; en dehors d'une pâleur assez marquée des muqueuses, il n'y avait aucun signe anormal.

Examen du sang :

G. R. 1.920.000

G. B. 4.600

Hémoglobine 32 %

Pas de cellules anormales dans le sang.

EXAMEN RADIOLOGIQUE des poumons, œsophage, estomac, duodénum et côlon, fut négatif.

Chimisme gastrique : pas d'acide libre ; peu d'acide combiné.

Les selles furent examinées huit fois entre les 22 et le 29 août et à chaque reprise les réactions de Weber furent positives.

Le diagnostic posé par MM. Bay et Adams, du service médical, fut : « Probablement un néoplasme primitif de l'intestin grêle ou petit cancer du fond de l'estomac. »

Il fut basé sur le mœlena persistant, en présence de l'examen négatif de l'abdomen.

INTERVENTION LE 11 SEPTEMBRE 1935. — Exploration du bassin, côlon, estomac, négative. A la palpation de la première partie du jéjunum, on trouve une masse de 8 centimètres de diamètre, évidemment néoplasique, siégeant à 10 centimètres au-dessous du ligament de Treitz, envahissant la partie mésentérique du grêle (?) et s'étendant jusqu'à la queue du pancréas à laquelle elle adhère fortement. La tumeur est mobilisée, une ligature est mise autour du pancréas à proximité de l'adhérence avec la tumeur ; extirpation de la tumeur et d'une partie du pancréas. Dans le mésentère, au-dessus de la portion réséquée, se trouve un ganglion dur. Celui-ci est enlevé. Le jéjunum est réparé par une anastomose termino-terminale d'après la technique de Toupet. A cause de la possibilité d'une récurrence autour de l'anastomose qui amènerait une occlusion, une gastro-entérostomie postérieure est ensuite pratiquée, avec une anse du jéjunum, à 12 centimètres en aval de l'anastomose termino-terminale.

Suites simples. La malade, revue un mois après, avait repris 1 kilog.

La numération du sang donnait des chiffres normaux.

L'étude macroscopique de la pièce opératoire montre une masse tumorale papillaire jaunâtre de 4 cm. 5 de largeur, sur 2 cm. de hauteur, occupant le côté mésentérique de la paroi du jéjunum et formant une saillie hémisphérique dans le mésentère du segment de jéjunum enlevé.

Au niveau de la tumeur, la lumière est encore assez large pour permettre le libre passage des matières fécales.

A L'EXAMEN MICROSCOPIQUE, il s'agit d'un papillome

malin, revêtu de cellules cylindriques, hautes, et fortement serrées. Les mitoses sont fréquentes. A l'intérieur de la tumeur, il y a une liquéfaction formée non seulement par la nécrose, mais aussi par la sécrétion muqueuse des cellules néoplasiques.

Entre la tumeur et le tissu pancréatique, il y a une véritable capsule fibreuse très épaisse ; ceci prouve que l'origine de la tumeur est dans le jéjunum.

La coupe du ganglion ne montre pas d'envahissement par les cellules néoplasiques. Il n'y a qu'une forte hyperplasie.

OBSERVATION XIV (Malerich)
Proc. Staff. Meet Mayo clin., 1934.

Femme de 49 ans, se plaignant d'engourdissement du bras gauche et de douleurs précordiales s'irradiant dans le dos.

L'examen physique ne montra rien de particulier, sinon l'existence de sang dans les selles.

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE du thorax montra une masse dans le poumon droit à la hauteur de la sixième côte.

Des radiographies après ingestion de bouillie barytée montrèrent un point d'obstruction sur l'intestin grêle.

A L'INTERVENTION on découvrit qu'un polype dont la base présentait une dégénérescence carcinomateuse avait causé une invagination.

La tumeur fut réséquée.

La malade eut des suites opératoires normales.

Cependant, trois mois plus tard, un nouvel examen radiographique du thorax montrait que la moitié du

poumon droit était envahie par une masse carcinomateuse.

La cachexie fit des progrès rapides et la malade mourut cinq mois après l'intervention.

OBSERVATION XV (Roblee)
Amer. Journ. of Obstetr., 1929.

Femme de 30 ans, qui vient consulter parce qu'elle se plaint de dysménorrhée, de pesanteur pelvienne constante, d'un amaigrissement de 5 à 7 kilogs pendant les huit derniers mois, et de constipation chronique.

Elle a été sous surveillance médicale de temps à autre et a repris 1 ou 2 kilogs ; mais la dysménorrhée a augmenté.

Pas de troubles gastro-intestinaux en dehors de la constipation.

Le T. V. montrait un peu de cystocèle, un col utérin épaissi avec érosions bilatérales. L'utérus paraissait en anté-flexion, refoulé en avant par une masse occupant le cul de sac ; annexes non perçues.

L'impression était celle d'un kyste ovarien ou d'un myome utérin.

Un examen fait trois mois plus tard montrait une augmentation de la masse qui s'élevait au-dessus du cul-de-sac, jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic.

Pas de signes d'ascite.

Cinq jours plus tard, la malade présentait une *crise douloureuse extrêmement violente* dans la partie supérieure de l'abdomen, avec nausées, vomissements, *obstruction intestinale pendant 24 heures*.

L'abdomen était ballonné, il n'existait pas de masse

perceptible à la palpation en dehors de celle précédemment signalée.

Pouls rapide ; température normale.

Hospitalisation immédiate. Quelques lavements font disparaître l'obstruction intestinale. Suppression des nausées et du ballonnement abdominal.

UNE LAPARATOMIE est pratiquée le lendemain matin.

La masse pelvienne était formée par un adéno-carcinome bilatéral des ovaires. Hystérectomie totale. Pas d'ascite ; pas de métastases.

Suites opératoires normales pendant 4 jours, mais le cinquième jour, apparition d'un vomissement fécaloïde et de distension abdominale très marquée. Les lavements furent sans effet.

Aggravation progressive de l'état général, augmentation des vomissements fécaloïdes, persistance de l'obstruction intestinale.

Cliniquement, pas de signes de péritonite.

Sous anesthésie locale, on place un drain dans une anse intestinale distendue, il est fixée par un triple point en bourse.

Pendant quelques jours, les signes parurent s'amender, mais la malade finit par mourir.

L'AUTOPSIE montra une légère inflammation du péritoine pelvien sans formation de pus. Quelques traînées d'exsudats fibrineux sur les anses iléales. Sur le jéjunum, il existait une tumeur en forme de croissant, dure, annulaire, à environ 10 centimètres du duodénum.

A la section, cette tumeur se révéla être un adéno-carcinome qui s'était ulcéré dans la lumière intestinale et qui était recouvert extérieurement par une couche de péritoine.

Pas d'autres carcinomes. Pas de métastases.

Plusieurs ganglions du mésentère furent examinés, ils n'étaient pas carcinomateux.

HISTOLOGIQUEMENT les examens des tumeurs du jéjunum et des ovaires présentaient des similitudes frappantes : il s'agissait de part et d'autre d'adéno-carcinomes de type intestinal. L'examen des ovaires ne montrait aucun des signes pathognomoniques des tumeurs de Kruckenberg.

Les ovaires formaient des tumeurs solides du type adéno-carcinome médullaire.

Pas de carcinome au niveau de l'utérus ni au niveau des trompes.

OBSERVATION XVI (Salmon)

Soc. de Chir. de Paris, 19 avril 1939.

Malade de 58 ans, entré le 15 août 1938 pour syndrome abdominal aigu :

Le début des accidents remonte à la veille au soir. Brusquement, en pleine santé apparente : douleur atroce au niveau de la région ombilicale, vomissements. Persistance de la douleur.

Pas de selles ; émissions de gaz.

Dans les antécédents : perte de poids de quelques kilogs en l'espace d'un mois.

A L'EXAMEN. — Malade un peu amaigri ; facies péritonéal, pouls à 110. Température 38°5.

Contracture abdominale généralisée, plus marquée dans la région épigastrique. Ventre rétracté, en bateau ; matité hépatique conservée.

La radiographie de l'abdomen en position assise, sans préparation, montre l'absence de pneumo-péritoine, néanmoins on porte le diagnostic d'ulcère perforé de l'estomac.

INTERVENTION IMMÉDIATE. — A l'ouverture du péri-

toine, issue d'un liquide franchement purulent, sans odeur, répandu dans tout l'abdomen.

Exploration méthodique de l'estomac, du duodénum, de la vésicule, du pancréas, on ne découvre aucune lésion.

On dévide délicatement l'intestin grêle à partir de l'angle duodéno-jéjunal : on aperçoit sur le jéjunum, à 60 centimètres du duodénum, un *rétrécissement annulaire* au niveau duquel se trouve une perforation arrondie de 2 millimètres de diamètre par laquelle s'écoule librement le contenu intestinal.

L'intestin est très légèrement dilaté au-dessus du rétrécissement, lequel est masqué par l'épiploon, un peu adhérent.

On résèque largement l'épiploon.

Gros ganglions hypertrophiés dans le mésentère.

La résection intestinale est le seul parti à prendre.

Vu la disposition des ganglions, cette résection doit être très étendue, elle porte environ sur 75 centimètres de grêle. Le sommet du coin mésentérique extirpé s'étend jusqu'aux vaisseaux mésentériques supérieurs.

Anastomose termino-terminale après recoupe supplémentaire en direction oblique de la tranche inférieure de la section intestinale.

Fermeture de la brèche mésentérique.

On vide par aspiration la cavité abdominale (500 cc. de liquide).

Gros drain entouré de deux mèches dans le Douglas.

Fermeture partielle de la paroi en deux plans.

Dans les suites opératoires : obstruction bronchique, traitée par broncho-aspiration.

Cicatrisation secondaire en deux mois.

Le 2 novembre 1938 un examen radiologique montre un transit rigoureusement normal.

Février 1939 : reprise de poids ; selles régulières ; très bon état général.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — A l'ouverture de l'intestin : ulcération profonde dont le grand axe est perpendiculaire à la direction de l'intestin.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Epithélioma cylindrique du type canaliculaire, à cellules basophiles, avec mitoses peu abondantes. De très nombreuses cellules remplies de balles de mucus sont nettement mucipares.

Le ganglion, volumineux, est largement envahi par l'épithélioma intestinal.

En résumé : épithélioma mucipare de l'intestin, qui, malgré une prolifération accusée, offre un histo-pronostic relativement favorable, en raison des mitoses peu abondantes et de la richesse du stroma.

OBSERVATION XVII (D'Allaines)

Rev. de Chir., avril 1929.

Malade de 52 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 26 octobre 1927 pour des troubles digestifs d'apparition récente.

Elle se plaint depuis deux à trois mois de douleurs vagues, occupant tout l'abdomen avec prédominance épigastrique. En même temps : amaigrissement important, fatigue générale progressivement accrue.

Depuis un mois, elle souffre plus violemment ; les douleurs siègent dans la région épigastrique médiane, elles surviennent par crises répétées, sans horaire précis, mais débutent le plus souvent quatre à cinq heures après les repas. Depuis ce moment : apparition de vomissements abondants, alimentaires ; la malade signale à plusieurs reprises la présence d'aliments ingérés deux ou trois jours auparavant. Ces vomissements calment la douleur.

A L'ENTRÉE A L'HÔPITAL, l'examen montre une femme amaigrie (48 kilogs au lieu de 57 un mois auparavant).

Abdomen plat, non ballonné, souple et indolore. L'examen clinique systématique ne révèle aucun signe anormal : pas de tumeur, pas d'ascite.

Le diagnostic le plus probable était donc celui de sténose pylorique. L'examen radiographique devait le faire réformer.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE. — Sur écran, après repas opaque, l'estomac est modérément distendu avec une poche à air assez volumineuse ; il est animé de contractions assez intenses surtout au niveau de la grande courbure, ces contractions font passer dans le duodénum une partie du repas opaque sans arriver à vider complètement l'estomac. Le duodénum s'injecte bien, et son image visible à l'écran paraît très distendue.

Les troisième et quatrième portions en particulier paraissent le siège d'une dilatation très marquée, au-dessous de laquelle presque rien ne passe et au bout d'une demi-heure, bien que le duodénum reste très distendu, l'intestin grêle ne s'injecte pas.

Vingt-quatre heures après cet examen, la malade est radiographiée, sans nouveau repas, mais avec un lavement opaque, et l'image est tout à fait caractéristique. Presque tout le repas est resté dans l'estomac et le duodénum. On voit aisément sur l'image radiologique un estomac dilaté, rempli de bouillie opaque et peu contractile. La première partie du duodénum est bien injectée ; la deuxième se devine très large au reste de bouillie qui traîne sur ses parois ; la troisième est dilatée et se perd sous l'estomac sous le bord gauche duquel apparaît une grosse anse intestinale qui est la partie supérieure du jéjunum. Celle-ci forme un boudin de quelques centimètres de long ; ce boudin se termine en

cul-de-sac au-dessous duquel semblent passer avec peine quelques petits fragments de bouillie opaque. En définitive : dilatation globale de l'estomac, de tout le duodénum et de la première anse jéjunale, dilatation très considérable, avec, semble-t-il, atonie des parois et relâchement plus ou moins important du pylore, tous ces organes paraissant communiquer à plein canal. A quelques centimètres sous l'angle duodéno-jéjunal : sténose serrée, cause de la dilatation.

Nous portons le diagnostic de rétrécissement de la première anse jéjunale et le Pr. Lecène, *sur la vue de la radiographie*, affirme le *diagnostic d'épithélioma du jéjunum à forme sténosante*.

OPÉRATION LE 4 NOVEMBRE 1927. — Laparatomie médiane para-ombilicale. Après relèvement du côlon transverse, on trouve une tumeur en ficelle de la première anse jéjunale, à 8 centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal. L'intestin au-dessus est très dilaté, au-dessous très aplati ; sur le néoplasme est collée une frange épiploïque portant un petit noyau métastatique. La tumeur est bien mobile, le méso souple, non infiltré, sans ganglions appréciables. Etant donné la fréquence de l'épithélioma secondaire au niveau de l'intestin grêle, on vérifie l'absence de toute tumeur primitive de la cavité péritonéale. Résection large du grand épiploon emportant la greffe néoplasique ; résection intestinale avec section première du méso ; fermeture du bout inférieur et anastomose par implantation termino-latérale du bout supérieur dans le jéjunum.

Suites simples ; sortie le quatorzième jour.

La malade a été vue à deux reprises et tout récemment : elle va bien, a engraisé, ne souffre pas ; elle ne présente aucun signe clinique de métastase ou de récidive.

L'examen de la pièce montre un néoplasme en ficelle, rétrécissant l'intestin dans la lumière duquel on pouvait à peine faire passer une sonde cannelée.

A l'ouverture on voit une ulcération presque circulaire dont les caractères néoplasiques sont évidents (bords indurés et surélevés, fond granuleux, saignant, friable).

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les coupes montrent un envahissement de la paroi du jéjunum atteignant la musculuse, par un épithélioma cylindrique typique revêtant l'aspect de ce que l'on décrit sous le nom d'adéno-carcinome. Au niveau de la lumière intestinale, les végétations de la tumeur sont exubérantes. En profondeur elles infiltrent, sous forme de tubes très atypiques, la sous-muqueuse et la musculuse. Il existe une sclérose dense du stroma conjonctif, des bandes conjonctives, très riches en fibrilles, pauvres en cellules, pénètrent et cloisonnent les amas épithéliomateux. La malignité de cette tumeur est certaine.

CONCLUSIONS

1° Le carcinome du jéjunum, tout en représentant une localisation rare de l'épithélioma de l'intestin grêle, lui-même assez peu fréquent (0,7 % des carcinomes du tractus gastro-intestinal) n'est pas aussi exceptionnel que le croyaient les anciens auteurs.

2° Il se rencontre plus fréquemment chez l'homme, à un âge plus précoce que celui de l'estomac ou du gros intestin.

3° Il se présente, dans la grande majorité des cas, sous la forme d'une tumeur en virole sténosante, donnant des phénomènes d'obstruction intestinale qui peuvent affecter des degrés très divers.

4° Un diagnostic rapide dépendra de la mise en évidence de signes précoces que le malade considère souvent comme insignifiants :

Amaigrissement inexpliqué ;

Atteinte de l'état général ;

Crises douloureuses plus ou moins nettes ;

Troubles parfois discrets du transit intestinal.

5° Une masse abdominale, petite, bien limitée, très mobile doit faire penser à une tumeur du grêle et particulièrement à une tumeur jéjunale si elle siège dans l'hypocondre gauche.

6° L'examen radiologique a une importance capitale pour permettre une localisation précise de la zone sténosée et la mise hors de cause de l'estomac et du colon.

7° La résection immédiate, emportant en même temps le mésentère et les ganglions envahis, est indiquée, sauf dans les cas d'obstruction où l'intervention en deux temps est préférable.

8° Dans les cas avancés, ceux où la tumeur a déjà donné de nombreuses métastases, on devra se contenter d'une opération palliative ; on fera de préférence une entéro-anastomose.

9° L'adjonction au traitement chirurgical d'un traitement par la radithérapie profonde ne paraît pas être entrée dans la pratique ; il est pourtant un cas où elle a donné des résultats fort intéressants.

10° Le pronostic, même après intervention radicale, sauf de très rares exceptions, est très défavorable.

Les métastases paraissent, en général, très précocement.

Vu :

Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,
J. CHALIER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Septembre 1939

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne rapportons ici que les références postérieures à 1913, la bibliographie jusqu'à cette date étant faite de façon très complète dans la revue de Venot et Parcelier et dans la thèse de Lecène.

AKERLUND (A.). — Direct röntgenologic diagnosis of tumors of small intestine. (*Act. Chirur. Scand.*, n° 71, p. 1 à 22, 1932.)

ALLAINES (D'). — Epithélioma primitif du jéjuno-iléon. (*Journal de Chirurgie*, avril 1929, p. 449 à 472.)

APPELMANS (G.). — A propos du cancer de l'intestin grêle. (*Bruxelles Médical*, n° 8, 24 décembre 1933.)

AUBERT. — Epithélioma primitif du jéjunum. (*Arch. franco-belg. de Chirurg.*, 1923, t. XXVI, p. 1144 à 1151.)

BADILE. — Il carcinoma del intestino tenue. (*Tumori*, 1926, t. XII, p. 355.)

BAILLAT (M.). — Les squirrhés de l'intestin grêle. (*Arch. des Maladies de l'Appareil digestif*, 1924, n° 14, p. 218.)

BARJON et MILHAUD. — Sténose de l'intestin grêle. (*Lyon Médical*, octobre 1921.)

BARKE. — Multiple epithelials tumors with cancerous structure of the ileum. (*Medic. Rev.*, 1921, t. XXXVIII, p. 193 à 204.)

BARNHART. — Carcinoma of the jejunum. (*Journ. of Americ. Medic. Ass.*, n° 6, 5 août 1933, p. 443.)

- BARTLETT. — Carcinoma of jejunum. (*New-England Journ. Med.*, n° 207, p. 34, 7 juillet 1932.)
- BÉNARD et BERGERET. — Un cas d'épithélioma primitif de l'intestin grêle. (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1923, t. XCIII, p. 358.)
- BENETT et DOUGLAS. — Kruckenberg tumors of ovary with report of a case secondary to adenocarcinoma of jejunum. (*Amer. Journ. Obst et Gyn.*, n° 21, p. 91 à 96, janv. 1931.)
- BLAND SUTTON. — On cancer of the duodenum and small intestine. (*The Lancet*, 17 octobre 1914, p. 931 à 934.)
- BÆKER. — Impfmetastase eines Karzinoms der Flexura duodeno-jejunalis in ein Gastro-entero-anastomose. (*Zentr. f. Chirurg.*, n° 63, p. 1404, 1936.)
- BOLLAG. — Primäres Jejunum-Karzinom. (*Schweiz. med. Wochensr.*, n° 63, p. 1097, 28 octobre 1933.)
- BRISSET. — Deux cas de sténose haute de l'iléon. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1925, t. LI, p. 658 à 666.)
- BROOKS, CLINTON and ASHLEY. — Primary carcinoma of jejunum. (*Journ. Michigan Med. Soc.*, n° 37, p. 795 à 797, septembre 1938.)
- BUCKSTEIN. — The duodenogram. A new method of visualizing the entire duodenal contour. (*Journ. of Amer. Med. Ass.*, 14 février 1935.)
- CABOT. — Carcinoma of jejunum. (*New Engl. Journ. Med.*, n° 214, p. 1318, 25 juin 1936.)
- CADE et LEVRAT. — La symptomatologie pylorique dans les sténoses hautes du jéjunum. (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 août 1929, p. 509.)
- CADENAT. — Deux cas de cancer de l'intestin, opérés comme tuberculose cæcale. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, t. XLVII, p. 350.)

- CAMERON. — Primary malignancy of jejunum and ileum. (*Ann. Surg.*, n° 108, p. 203, aug. 1938.)
- CAMES et CID. — Tumeurs de l'intestin grêle. (*Annal. de Chirurg. Rosario*, vol. II, n° 1, février 1936.)
- CARLSON. — Om primärkräfta i jejunum och ileum. (*Hygiæa*, 1913, t. LXXV, p. 125.)
- CARTER. — Cancer of jejunum ; 3 cases. (*Ann. of Surg. Philadel.*, n° 102, 6 décembre 1935, p. 1019.)
- CASE. — Chronic obstruction of the small intestine. (*Radiology*, n° 9, p. 1, july 1927.)
- CASINI. — Su di un caso di carcinoma del tenue, diffuso alla parete abdominale. (*Policlin. Rome*, mai 1938, p. 221.)
- CASTELLI. — Syndrome de Freud dans un cas de cancer du jéjunum. (*Radiol. Méd.*, 1926, t. XIII, p. 284.)
- CAVE. — Tumors of the small intestine. (*Ann. of Surg.*, XCVI, n° 2, 1932, p. 269.)
- CAVE. — Cancer of jejunum ; 3 cases. (*Ann. of Surg.*, n° 102, décembre 1935.)
- CHALIER (A.). — Epithélioma sténosant de l'intestin grêle ; opération en un seul temps. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 23 février 1933, p. 511.)
- CHAMBERLIN. — Malignant tumors of small intestine. (*Soc. Clin. North Amer.*, n° 18, p. 705, june 1938.)
- CLARK. — Carcinoma of the small intestine. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1926, t. XLIII, p. 757.)
- COMOLLI. — Considerazioni diagnostiche su un caso di scirro dell'intestino mesenteriale. (*Arch. Ital. di chir.*, 1925, t. XIII, p. 284.)
- CRAIG. — Lymphglands in carcinoma of small intestine. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1924, t. XXXVIII, p. 479.)
- CROUSSE. — Des tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle. (*Ann. de l'Inst. Chir. de Bruxelles*, n° 35, p. 117, 15 juin 1934.)

- DECKER. — Contribution à l'étude du carcinoïde. (*Rev. Méd. Suisse Rom.*, n° 48, 25 février 1928.)
- DELAGENIÈRE. — Occlusion aiguë de l'intestin grêle. (*Bruxelles Méd.*, n° 18, p. 450, 30 janvier 1938.)
- DELAGENIÈRE et BEAUCHEF. — Tumeur primitive de l'intestin grêle. (*Bull. de l'Ass. fr. pour l'Et. du Canc.*, n° 17, p. 453, juillet 1928.)
- DENCKS. — Carcinoma des jejunum mit Perforation. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1927, n° 3, p. 153.)
- DENIS et CHARRIER. — Sténose sous-vatérienne par cancer du jéjunum. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 avril 1922, p. 203.)
- DESPLATS. — Un cas de double rétrécissement de l'iléon par cancer primitif. (*Journ. de Radiol. et d'Electr.*, septembre 1926.)
- DIDDENS. — Cancer of the small intestine. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, t. LXVIII, p. 2028, 1924.)
- DOUB et JONES. — Primary malignant tumors of small intestine. (*Radiology*, n° 26, p. 209, febr. 1936.)
- EDITORVAL. — Cancer of ileum. (*Boston Med. Ass. Journ.*, t. CXC VII, 12 janvier 1928.)
- EWING. — Neoplastic diseases. (*Sec. Edit.*, p. 661, Philadel. ; W. B. Saunders, 1922.)
- FINKELSTEIN et JACOBI. — Primary carcinoma in jejunum. (*Ann. Int. Med.*, n° 7, p. 1319, avril 1934.)
- FRÉDET. — Epithélioma sténosant de l'intestin grêle. Résection du segment intestinal. Guérison vérifiée au bout de 7 ans. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 20 juin 1928, p. 920.)
- FREUDENTHAL. — Uber das Dünndarm carcinom in Anschluss an einen Fall von Jejunumkrebs. (*Hospitaltidende*, 65, 1922.)
- GABOR and HILLER. — Primary carcinoma of the jejunum. (*Amer. Journ. Sur.*, janvier 1935, n° 27, p. 121.)

- GILMAN. — Malignant disease of small intestine ; delayed anastomosis following resection in chronic obstruction. (*West. J. Surg.*, n° 46, p. 269, mars 1938.)
- GÖEBEL. — Adenocarcinoma jejun. (*Zentr. f. Chir. An.*, 62, décembre 1935, p. 2915.)
- GOSSET. — Cancer de la terminaison de l'intestin grêle, traité par la radiothérapie profonde après anastomose iléo-sigmoïdienne ; extirpation dans un second temps. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1923, p. 458.)
- GOUBERT. — Contribution à l'étude radiologique des sténoses de l'intestin grêle. (*Thèse*, Paris, 1928.)
- GOVAERTS. — Carcinoïdes de l'intestin grêle. (*Scalpel*, n° 85, p. 949, 30 juillet 1932.)
- GRAVIER et ROCHET. — Un cas d'épithélioma primitif et de l'intestin grêle. (*Ass. fr. pour l'Et. du Canc.*, 28 mai 1923, n° 5, p. 444.)
- GRAVIER, TREPPOZ et DAUVERGNE. — Cancer sténosant du jéjunum dans sa portion initiale, avec syndrome sous-vatérien. (*Lyon Médical*, 8 décembre 1935, p. 684.)
- GUEULETTE. — De l'invagination intestinale ; ses formes cliniques chez l'adulte. Etude expérimentale et radiologique. (*Thèse*, Paris, 1925.)
- GUITARD. — Occlusion avec invagination par tumeurs polypeuses malignes de l'intestin grêle. (*Thèse*, Paris, 1921.)
- HAMMER. — Malignant disease of the intestine. (*Med. Times*, 1922, t. L, p. 313.)
- HARRIES et HARRISSON. — Cancer primitif de l'intestin grêle. (*British Med. Journ.*, 4 mai 1935, p. 923.)
- HARRIS et RODEBLUM. — Primary carcinoma of jejunum ; case. (*Arch. of Surg.*, n° 23, p. 805, novembre 1931.)

- HATCHER et VOLDING. — Carcinoma of small intestine as hidden cause of anemia. (*Amer. Journ. Digest. Des. and Nutr.*, n° 4, p. 507, octobre 1937.)
- HEACOCK. — Obstructive lesions of the small bowel. (*Radiology*, n° 17, p. 119, 1931.)
- HEJDUK. — Zwei interessante Fälle von akuten Darmverschluss bei Karzinom des Dünndarmes. (*Zentr. f. Chirurg.*, n° 64, p. 295, 30 janvier 1937.)
- HELLMER. — Zur Röntgendiagnostik der Dunndarmstrikturen. (*Acta Radiologica*, t. VI, 1926.)
- HELLSTROM. — Primary cancer in jejunum and ileum. (*Acta Chirurg. Scand.*, 1927, t. LXII, p. 465.)
- HINZ. — Jejunum Karzinom. (*Zentr. f. Chirurg.*, 1927, n° 3, p. 154.)
- HLAVINKA. — Un cas de cancer du jéjunum. (*Casopis Lekarn Ceskyck*, 3 décembre 1937, p. 1922.)
- HOFMAN. — Über einen Fall von Carcinom des Dunndarmes. (*Beiträge z. Klin. Chir.*, 1922, t. CXXXVI, p. 385.)
- HOHENNER. — Beitrag zur Frühdiagnose des Dunndarmkarzinoms. (*Röntgenpraxis*, n° 6, p. 677, 1934.)
- HUNDLEY et BATES. — Primary carcinoma of jejunum ; case. (*Ann. Int. Méd.*, n° 12, p. 128, july 1938.)
- JEAN. — Epithélioma cylindrique squirrheux de l'intestin grêle. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1922, t. XIX, p. 376.)
- JOHNSON et RAYMOXND. — Carcinoma of the jejunum and ileum. (*Brit. Journ. Surg.*, 1922, t. IX, p. 422.)
- JONAS, STECK et BRAMS. — Primary carcinoma of jejunum. (*Illin. Med. J.*, n° 69, p. 444, mai 1936.)
- JOYCE. — Tumors of the small intestine. (*Ann. of Surg.*, 1932, t. XXV, p. 122.)
- JUDD. — Carcinoma of the small intestine. (*Lancet*, 1919, t. XXXIX, p. 159.)

- KALAYJIAN. — Carcinoma of the jejunum. (*Radiology*, novembre 1937, n° 29, p. 596.)
- KASPAR. — Ueber primären carcinom des jejunum. (*Deut. Zeut. f. Chirurg.*, 1914, t. CXXVIII, p. 595.)
- KERN. — Carcinoma of jejunum. (*Surg.*, vol. 3, n° 4, avril 1938.)
- Mc KNIGHT. — The pathology of the small bowell, with special reference to X-ray diagnosis. (*Radiology*, n° 17, p. 125, 1931.)
- KNIRSCH. — Sur un cas de cancer de l'intestin grêle compliqué d'invagination chronique. (*Wiener klin. Wochenschr.*, ann. 49, n° 43, 23 octobre 1936.)
- KORDENAT. — Carcinoma of jejunum ; case. (*Illin. Med. J.*, n° 65, p. 218, mars 1934.)
- KROMPECHER. — Ueber die Basalzellen-tumoren der Cylinderepithelschleimhäute mit besonder Berücksichtigung der Carcinoïde des Darmes. (*Beitr. z. Pathol. Anat. v. z. allg. Pathol.*, n° 65, p. 79, 1919.)
- KUMMER. — Occlusion chronique de l'angle duodéno-jéjunal. (*Bull. de la Soc. de Chirurg. de Paris*, 20 octobre 1920, p. 1161.)
- KUMMER. — Carcinome primitif du jéjuno-iléon. (*Rev. Méd. Suis. Rom.*, 20 février 1910.)
- KUSNETZKI. — Sur le cancer du jéjunum. (*Per Sch.*, 1925, n°s 3 et 4.)
- LEE. — Primary carcinoma of jejunum ; 2 cases. (*Austral. and New Zealand J. of Surg.*, n° 8, p. 88, july 1938.)
- LINHARD. — Zwei interessante Fälle von Dunndarm-Karzinom mit Ileus. (*Zent. f. Chirurg.*, 1927, n° 39, p. 2476.)
- MALERICH. — Primary carcinoma of jejunum with metastasis to lung ; case. (*Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, n° 89, p. 40, 17 janvier 1934.)

- MATHIEU. — Etude clinique sur l'occlusion lente et progressive de l'intestin grêle. (*Gazette des Hôpit.*, 1913, p. 917.)
- MAYO et NETTROUR. — Carcinoma of jejunum. (*Surg. Gyn. Obst.*, n° 65, p. 303, septembre 1937.)
- MÉRIEL et SORREL. — Un cas d'épithélioma de l'intestin grêle. (*Soc. Anat. de Paris*, 1922, t. XIX, p. 183.)
- MINVIELLE. — L'épithélioma primitif de l'intestin grêle. (*Thèse*, Paris, 1924.)
- MOIROUD. — Epithélioma primitif de l'intestin grêle à foyers multiples. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, t. VI, n° 8, octobre 1932.)
- MORRISON. — High intestinal obstruction caused by primary carcinoma of the proximal Jejunum. (*Amer. J. of Surg.*, 1927, u° 2, p. 154.)
- NETTROUR. — Carcinoma of the jejunum. Report of a case. (*Proc. Mayo Clin.*, june 3, 1936, n° 11, p. 356.)
- OKINCZYC. — Le cancer de l'intestin. (Paris, Doin, 1923.)
- PIC, VACHEZ et BOUISSET. — Forme para-duodénale du cancer du jéjunum. (*Lyon Médical*, 1^{er} avril 1930, p. 760.)
- PIOT. — Le diagnostic radiologique des sténoses de l'intestin grêle. (*Presse Médicale*, 27 avril 1932, p. 656, et *Journ. de Radiol.*, avril 1932, p. 175.)
- PONT. — Epithélioma primitif sténosant du jéjunum à symptomatologie gastro-duodénale. (*La Bourgo-gne Médicale*, séance du 7 juin 1935.)
- PORTIS. — Carcinoma of the small bowell. (*Amer. J. Roentgenology*, 1923, t. X, p. 419.)
- PORZELT. — Contribution à l'étude clinique du cancer du jéjunum. (*Deutsch. Ztschr. f. Chirurg.*, n° 238, p. 115, 1932.)

- POUILLARD. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'intestin grêle. (*Thèse*, Paris, 1922.)
- PRAGER. — Dünndarmtumoren. (*Zentr. f. Chirurg.*, 1926, n° 43, p. 2730.)
- PRIMROSE. — Primary carcinoma of the small intestine in an octogenarian. (*Ann. of Surg.*, 1925, n° 82.)
- PROBSKIN et SEELIG. — Subacute ileo-colic intussusception secondary to a carcinoma of the ileum. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1926, t. XLII, p. 769.)
- PRÆSCHER et MUIR. — Primary carcinoma of jejunum ; case. (*Amer. J. of Canc.*, n° 24, p. 72, mai 1935.)
- RAIFORD. — Tumors of the small intestine. (*Radiology*, t. XVI, u. 253, 1931.)
- RAIFORD. — Tumors of the small intestine. (*Arch. of Surg.*, t. XXV, p. 122, 1932.)
- RANKIN et DONALD. — Carcinoma of jejunum. (*S. Clin. North Amer.*, t. XII, p. 915, août 1932.)
- RANKIN et MAYO. — Carcinoma of the small bowel. (*Surg. Gyn. Obst.*, vol. V, juin 1930, p. 939.)
- RECKENWALD. — Über einen Fall von Dunndarms carcinoid mit Lymphdrüsenmetastasen am Mesenterium. (*Thèse*, Francfort, 1920.)
- REVOL. — La symptomatologie pyloro-duodénale dans les sténoses hautes du jéjunum. (*Thèse*, Lyon, 1930.)
- ROBB. — Carcinoma of the ileum. (*British J. of Surg.*, 1927, vol. XIV, u. 521.)
- ROBLEE. — Secondary adenocarcinoma of the ovaries from the jejunum. (*Amer. J. Obst. et Gyn.*, t. XVIII, p. 790, décembre 1929.)
- ROSS. — Cancer of jejunum and ileum. (*Austr. and New Zealand J. Surg.*, t. I, p. 217, septembre 1931.)
- ROWE et NEELY. — Primary malignancy of small intestine. (*Radiology*, t. XXVIII, p. 325, mars 1937.)

- RYBAK. — Dilatation of duodenum in cancer of upper portion of jejunum. (*Röntgenpraxis*, t. III, p. 932, 15 octobre 1931.)
- SALMON. — Epithélioma du jéjunum perforé en péritoine libre, résection large, survie. (*Mém. de l'Ac. de Chirurg.*, du 19 avril 1939, n° 12, p. 495.)
- SCHNEBEL. — Ein Fall von metastasierendem Carcinoid des Dünndarms. (*Arch. f. Klin. Chir.*, avril 1923, t. CXXIV, p. 652.)
- SCHONBAUER et BSTEH. — Quatre cancers du jéjuno-iléon observés à la clinique de Von Eiselsberg. (*Wien. Mediz. Woch.*, février 1931.)
- SCHWARTZ. — Epithélioma cylindrique de l'intestin grêle. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1921, t. XLVII, u. 679.)
- SEBILEAU. — Cancer primitif de l'angle duodéno-jéjunal. (*Thèse*, Paris, 1930.)
- SOPER. — Carcinoma and other lesions of the small intestine. (*J. Amer. Med. Ass.*, 1929, t. XCII, p. 286.)
- SOWLES. — Carcinoma of small intestine. (*New England J. of Med.*, 1934, t. CCX, p. 942.)
- STAEMMLER. — Die Neubildungen des Darmes. (Stuttgart, 1924, *Neue Deuts. Chir.*, t. XXXIII, p. 73.)
- STEIN. — Tumors of small intestine ; review of literature and report of 8 additionnal cases. (*Amer. J. Digest. Dis. and Nutr.*, t. IV, p. 517, octobre 1937.)
- SWENSON et HIBBARD. — Signes radiologiques de l'occlusion intestinale. (*Arch. of Surg.*, vol. XXV, n° 3, septembre 1932.)
- VENOT et PARCELIER. — Le carcinome primitif du jéjuno-iléon. (*Revue de Chir.*, 1913, t. XLVII, p. 178.)
- WEISZ. — Jejunum-Adenokarzinom. (*Röntgenpraxis*, t. VIII, p. 21, 1936.)

- WILLIAM et HOWARD MATE. — Carcinoma of small intestine. Two cases. (*The Brit. J. of Surg.*, vol. XIX, juillet 1931, p. 149.)
- WINDHOLZ. — Zur Kenntniss des Kleinen Karzinom des Dünndarmes. (*Frankf. Zeit. f. Pat.*, 1927, t. XXXV, p. 422.)
- WITTKOWSKY et METZGER. — Cancer of jejunum ; case. (*Röntgenpraxis*, t. II, p. 1402, 15 novembre 1930.)
- WOLSOHN. — Jejunum Karzinom. (*Zentr. f. Chirurg.*, n° 3, 1927, p. 155.)

TABLE DES MATIERES

	PAGES
INTRODUCTION	13
<i>Chapitre I^{er}</i> . — Statistiques	15
<i>Chapitre II.</i> — Etiologie	21
<i>Chapitre III.</i> — Anatomie pathologique	26
Forme commune	26
Complications	30
Forme diffuse à foyers multiples	37
Formes exceptionnelles	42
<i>Chapitre IV.</i> — Histologie	44
<i>Chapitre V.</i> — Tumeurs de l'intestin grêle dites « carcinoïdes »	47
<i>Chapitre VI.</i> — Etude clinique	51
Complications	66
<i>Chapitre VII.</i> — Examen radiologique	68
<i>Chapitre VIII.</i> — Diagnostic	76
<i>Chapitre IX.</i> — Traitement. Pronostic	85
Observations	93
CONCLUSIONS.	127
BIBLIOGRAPHIE	129



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 07 00 00 LYON 00 00 00 00



